12A401

Digitized by the Internet Archive
in 2014

https://archive.org/details/b2042484x_12

DICTIONNAIRE ANNUEL

DES PROGRÈS

DES SCIENCES ET INSTITUTIONS

MÉDICALES

OUVRAGES DE L'AUTEUR

QUI SE TROUVENT A LA MÊME LIBRAIRIE

GARNIER. **Dictionnaire annuel des sciences et institutions médicales**, suite et complément de tous les dictionnaires, précédé d'une introduction par le docteur Amédée Latour.

1 vol. in-18 de 500 pages. 1re année, 1864. 5 fr.
— 2e année, 1 vol. de 759 pages, 1865. 6 fr.
— 3e année, 1 vol. de 524 pages, 1866. 6 fr.
— 4e année, 1 vol. de 550 pages, 1867. 6 fr.
— 5e année, 1 vol. de 528 pages, 1868. 6 fr.
— 6e année, 1 vol. de 528 pages, 1869. 6 fr.
— 7e année, 1 vol. de 696 pages, 1870-1871. 7 fr.
— 8e année, 1 vol. de 488 pages, 1872. 7 fr.
— 9e année, 1 vol. de 524 pages, 1873. 7 fr.
— 10e année, 1 vol. de 580 pages, 1874. 7 fr.
— 11e année, 1 vol. de 588 pages, 1875. 8 fr.
— 12e année, 1 vol. de 521 pages, 1876. 7 fr.
— 13e année, 1 vol. de 560 pages, 1877. 7 fr.

Voyage médical en Californie. Paris, 1854. 1 fr.

Le climat de Madère et son influence sur la phthisie pulmonaire, du professeur F. A. Barral. 1 vol. in-8 de 320 pages; traduit du portugais. Paris, 1858. 4 fr.

Itinéraire de Paris à Madère. 16 pages grand in-8, avec planche. Paris, 1859.

Donné avec l'ouvrage précédent.
— Séparément. 50 c.

Anatomie pathologique et symptomatologie de la fièvre jaune qui a régné à Lisbonne en 1857, par M. Alvarenga; traduit du portugais. 1 vol. in-8 de 212 pages. Paris, 1861. 3 fr.

N. B. Tous les auteurs, français et étrangers, qui enverront un exemplaire *franco* de leurs ouvrages de l'année courante à l'adresse du docteur Garnier, soit rue de Clichy, 61, soit à la librairie Germer Baillière, en auront une bibliographie dans le Dictionnaire. Ceux venant de l'étranger avec un affranchissement incomplet seront refusés.

Coulommiers — Typographie P. BRODARD.

DICTIONNAIRE ANNUEL

DES PROGRÈS

DES SCIENCES ET INSTITUTIONS MÉDICALES

SUITE ET COMPLÉMENT DE TOUS LES DICTIONNAIRES

PAR

M. P. GARNIER

Médecin de l'asile de Bon-Secours, Chevalier de l'ordre du Christ de Portugal
Ancien rédacteur en chef de la *Santé publique*.

Quatorzième année, 1878

KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK 's GRAVENHAGE.

PARIS

LIBRAIRIE GERMER BAILLIÈRE ET Cie

108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108

Au coin de la rue Hautefeuille.

1879

M16610

QB100
1365
G23d

INTRODUCTION

Une année comme celle-ci ne peut être stérile. Inaugurée le 9 janvier par un évènement de la plus haute portée scientifique : la liquéfaction et la solidification du gaz hydrogène, découverte réalisée presque simultanément deux fois par M. Cailletet à Paris et par M. Pictet à Genève ; continuée par l'invention successive du phonographe, du téléphone, du microphone et de l'aérophone, qui vont multiplier les moyens de communication à l'infini, et terminée par le succès, à Paris, de la plus brillante Exposition universelle qui ait encore eu lieu, en réunissant les merveilles de la science, de l'industrie et du commerce du monde entier, ainsi que leurs représentants; une telle année, marquée de si grands faits, doit, au contraire, enfanter les plus féconds résultats. Le meilleur stimulant du progrès est, en effet, dans la réunion, le contact et les rapports des individus et des objets. De la comparaison

et de l'échange de ceux-ci, comme de la libre discussion de ceux-là dans leurs relations multipliées, par les lectures, les conférences, les associations, concours et congrès, et jusqu'aux fêtes et spectacles provoqués par cette grande manifestation française, naîtra inévitablement une grande diffusion d'idées, de lumières et de connaissances, qui en marqueront ineffaçablement la date! Son millésime est déjà gravé dans les annales de tous les peuples civilisés. C'est pourquoi nous croyons utile et nécessaire de commencer la synthèse de l'année médicale par le souvenir mémorable de toutes les merveilles de 1878, malgré leur peu d'afférence avec le but de ce livre.

Elle sera surtout tristement célèbre par ses affreuses calamités. La guerre en Orient, une famine comme on n'en avait jamais vu dans le nord de la Chine et la plus épouvantable épidémie de fièvre jaune qui ait encore sévi aux États-Unis, atteignant 20,000 victimes et coûtant un milliard, sans compter ses ravages au Sénégal, sont, hélas! des désastres irréparables qui pèseront longtemps sur les progrès de l'humanité.

Cette année marquera aussi par le réveil et le triomphe de la libre pensée scientifique et philosophique sur l'orthodoxie traditionnelle. Pour être savant, on n'en est pas moins dévot, clérical et conservateur du trône, de l'Église et de l'autel, et les croyances religieuses guident trop souvent les savants, comme les politiques, dans leurs décisions et leurs choix. Des savants illustres, français et étrangers, étaient ainsi tenus éloignés de nos grands corps académiques, à cause de l'esprit libéral et indépendant qui anime leurs travaux. On les voyait avec peine attendre depuis plusieurs années leur reconnaissance et leur sanction officielles. Le naufrage du 16 mai a heureusement changé tout

cela. MM. Renan, Taine et H. Martin ont été élus et proclamés solennellement à l'Académie française, et l'illustre Darwin, que le parti clérical de l'Académie des sciences proscrivait depuis quatre ans à la porte du sanctuaire, à cause de sa doctrine de la sélection naturelle, qui admet la création sans Dieu, a été élu correspondant de l'Institut. M. Brown-Séquard a aussi été nommé professeur de médecine au Collège de France, malgré le parti clérical, qui voulait y placer M. Dareste, dont le plus grand mérite est de produire des monstruosités à volonté. Ce sont là des victoires de la liberté de conscience et de pensée qui donnent de sérieuses garanties et de grandes espérances pour l'avenir.

Pourquoi faut-il que nous ayons à déplorer la mort de celui qui remplissait toutes ces places à la fois et bien d'autres encore ? Claude Bernard était une de ces intelligences rares qui ne se remplacent pas. Quelle différence entre ses vues larges, étendues, et les applications fécondes, pratiques de ses expériences ingénieuses, avec celles des Allemands, qui se bornent le plus souvent à démontrer expérimentalement ce qui était indiqué par l'observation clinique et admis par l'expérience ! Au lieu de ces petites vérifications de détail, besoigneuses, microscopiques, n'aboutissant d'ordinaire qu'à expliquer spéculativement le mécanisme, soit d'une cause pathologique, soit d'un effet thérapeutique, dont l'essence intime, profonde, mystérieuse, vitale, est insensible et inappréciable, le grand physiologiste français instituait des expériences neuves, originales, faciles à contrôler, à répéter, et réalisait ainsi les plus fécondes découvertes et d'utiles applications. Et, loin de se laisser entraîner à formuler des lois absolues, dès qu'un secret, une énigme était expliquée, ni s'ingénier à les généraliser ensuite par des suppositions et des hypothèses

comme les Allemands, il revenait sans cesse à son sujet pour l'approfondir, l'éclaircir, le cristalliser. La glycogenèse l'a occupé ainsi jusqu'à sa mort. Il savait que tout varie à l'infini, dans l'organisme vivant et malade, suivant les tissus, les liquides, les conditions d'âge et d'individualisme. Combien aussi l'exposition en est claire, simple, saisissante, les déductions lucides, et quelle merveilleuse précision dans les résultats, comparativement aux longues explications obscures et embarrassées de la plupart des autres expérimentateurs !

Une preuve éclatante entre toutes de cette différence du génie français avec le génie allemand est dans la nouvelle doctrine exposée cette année sur l'action des *anesthésiques*. Quoi de plus incertain et de plus vague que leur affinité, leur combinaison avec la substance grise de l'écorce cérébrale, dont ils produisent la coagulation? Cela est aussi démonstratif que la suroxygénation des grosses cellules du centre respiratoire dans la moelle allongée pour arrêter la respiration et produire la mort subite. Et tout cela résulte soi-disant de l'expérimentation, comme si les grenouilles, en des phénomènes si complexes, pouvaient être assimilées à l'homme !

Telle est d'ailleurs l'incertitude des constatations actuelles de l'histologie pathologique, que, malgré le microscope et les réactifs, les observateurs ne s'accordent pas le plus souvent sur le siège ni la nature même des lésions. Johnson attribue aux réactifs employés l'*hypertrophie musculeuse des artères*, signalée par Gull et Sutton dans la *néphrite atrophique*, et voici que, pour mieux en démontrer la réalité en France, M. Hanot invoque l'analogie de *l'hypertrophie coïncidente du ventricule gauche* comme se rapportant directement à cette lésion, et cela en vertu de deux faits positifs contre un négatif de M. Rendu, soutenant l'*atrophie congénitale*.

De même, Boetcher accuse l'emploi de la méthylamine d'avoir induit en erreur Wagner et Cornil dans les lésions des vaisseaux hépatiques qu'ils signalent dans le foie gras, tandis que, se ralliant à l'opinion de Frerichs, il place la lésion principale dans les cellules. Le différend existe donc moins sur l'altération que sur son siège et les réactifs employés pour la découvrir.

Au lieu de ces élucubrations fantastiques, basées sur de prétendues expériences, que faisait Claude Bernard dès 1864? Sans chercher à pénétrer le mystère intime de l'anesthésie, il montrait qu'une simple injection morphinée, en la prolongeant, pouvait en prévenir les accidents et neutraliser les dangers mortels de ses agents. C'est en suivant cette indication que les Allemands obtiennent de merveilleux résultats, mais sans rappeler, en les citant, le nom de celui à qui ils en sont redevables.

A quoi bon ce parallèle ? dit-on. A montrer que l'expérimentation, devenue partie intégrante des études médicales et qui les envahit au point d'en dominer bientôt l'enseignement, compte deux méthodes bien distinctes : celle qui se préoccupe seulement de découvrir les grandes lois physiologiques, pathologiques et thérapeutiques, et celle qui se perd dans les minutieux détails d'une analyse microscopique pour en surprendre le mystère, le secret. C'est afin de prémunir les expérimentateurs français et étrangers contre les apparences trompeuses, les décevantes illusions de celle-ci, la méthode allemande, imitée par un trop grand nombre, que nous en comparons les résultats vains et hypothétiques avec ceux des grands physiologistes français : Magendie, Flourens, Longet, Cl. Bernard, Pasteur, Vulpian, dont la méthode mérite seule de prévaloir dans l'enseignement.

La diminution et l'altération des globules rouges du sang ont été ainsi reconnues comme les causes de l'anémie essentielle, idiopathique, et l'augmentation des globules blancs, celle de la leucocythémie. Ces faits positifs ont ainsi permis de distinguer d'autres espèces d'anémies : anémies localisées, anémies par intoxication comme celle des mineurs d'Anzin, etc. (Voy. *ce mot*.) L'altération du sang et des humeurs, dont on se payait si gratuitement autrefois pour expliquer les cas de ce genre, est devenue ainsi sans signification précise. Mais l'anémie étant la maladie du jour et se voyant partout sous diverses formes, comme la leucocythémie, on a voulu pénétrer plus avant les mystères de leur formation et de leur siège. La numération des globules aidant, son auteur, M. Hayem, exagérant la méthode d'analyse et précisant davantage, ne fait plus consister l'anémie dans la diminution des globules rouges, mais dans la *quantité d'hémoglobine,* ou de matière colorante qu'ils contiennent, et qui forme la richesse du sang.

Pour juger de la valeur intrinsèque de cette nouvelle investigation de l'hématologie pathologique, il suffit de savoir que les globules rouges, diminués dans l'anémie essentielle progressive, sont en même temps déformés, altérés, et n'ont plus l'attraction ni la capacité normale pour l'oxygène. Ils ne sauraient donc contenir la même quantité d'hémoglobine. Sa diminution n'est donc pas en réalité la cause de l'anémie, mais un effet même de la diminution et de l'altération des globules, car elle augmente proportionnellement, comme l'urée, avec leur quantité ; ce qui revient à dire qu'en voulant trop prouver, les histologistes modernes.... retombent presque dans le vague de l'altération générale d'autrefois.

Il en est de même du siège de la *leucocythémie*, qui

est à la fois dans la rate et les ganglions lymphatiques, selon son degré d'intensité, comme on le verra à ce mot, d'après la récente discussion à la Société pathologique de Londres.

L'illustre physiologiste Virchow, l'auteur de la théorie cellulaire, est ainsi dépassé aujourd'hui par Hæckel et son école positiviste, dont il est le contradicteur le plus sévère. Effet ou non des aggressions, des provocations dont il est l'objet, il vient de prendre sa retraite de la politique, où il a échoué, en refusant un siége au Reichstag lors des dernières élections, pour rentrer dans son véritable rôle, plus utile et glorieux, de savant.

L'exagération de ce positivisme actuel, à la recherche des causes finales, est surtout mise en évidence à propos du *centre respiratoire*, dont on s'est fort occupé cette année. Les expérimentateurs français n'avaient eu pour but que d'en vérifier et d'en démontrer le siège ; mais voici que les Allemands et leurs imitateurs ont voulu découvrir la cause déterminante de la paralysie de ce centre et de l'apnée qui en est la conséquence. Or, tandis que, pour Rosenthal, c'est la suroxygénation des cellules centrales qui la produit, celle du sang suffit à M. Franck, tandis que pour d'autres c'est le contraire. Et cependant chacun édifie sa théorie à cet égard d'après ses expériences personnelles : l'un pour distinguer cet arrêt du phénomène de Cheyne-Stokes (voy. *Respiration*), l'autre pour en faire le siège de la rage (voy. *ce mot*).

Or il est démontré que l'aconitine produit cet arrêt de la respiration avec les lésions caractéristiques de la suffocation, notamment les ecchymoses sous-pleurales, comme M. Laborde l'a observé. (Voy. *Médecine légale.*) Il résulte même des récentes expériences du docteur Mackensie, dont la thèse sur ce sujet vient d'obtenir la

médaille d'or à l'Université d'Édimbourg, que l'aconit produit cet arrêt en paralysant l'excitabilité du système nerveux sensitif par son action primitive sur les filets périphériques, puis sur les troncs et enfin sur les racines postérieures. Le système moteur serait pris en outre d'une certaine exaltation fonctionnelle résultant soit de la fatigue ou autrement, soit de la paralysie coïncidente de l'influence inhibitoire ou d'arrêt. Les filets du pneumo-gastrique étant paralysés primitivement, l'action réflexe est diminuée, sinon abolie. D'où il conclut que cet effet de l'aconit sur la respiration est dû à son action directe sur les fibres sensitives du nerf vague et le centre respiratoire, avec des symptômes analogues à ceux de la section de ce nerf. Il cause la mort, dit-il, par asphyxie, cette variété de collapsus résultant, d'après Brown-Séquard, d'une grande diminution de la respiration produite par une influence spéciale des organes centraux de cette fonction, alors que le cœur continue à battre avec plus ou moins de vigueur. (*The Practitioner*, février, mars et avril.)

A ces explications confuses, embarrassées, contradictoires, on peut juger de leur valeur. Elles équivalent, en hypothèses, à celles du docteur Curtis sur la *rage,* lequel n'a pas même vérifié, contrôlé, comme appui de sa théorie de la *suffocation,* si les ecchymoses sous-pleurales, caractéristiques de ce genre de mort, se rencontraient chez les hydrophobes. Dans cet empressement, cette fougue de la jeune école expérimentale à vouloir tout préciser en des actes si complexes, des phénomènes si subtils entre la vie sensitive et motrice, volontaire et involontaire, physique et morale, en les expliquant exclusivement par des expériences, on ne peut voir qu'une sorte d'hallucination semblable à celle des systématiques, expliquant tout par leur sys-

tème. Au lieu de se borner à décrire les phénomènes observés, comme tous les vrais physiologistes, ils échafaudent aussitôt théories sur hypothèses, pour formuler les lois impénétrables de la vie, sans tenir aucun compte de sa réaction. On peut voir que la pathogénie des *tumeurs* et la formation du *rouge rétinien* sont expliquées aussi gratuitement en Allemagne, tandis que la simple *dégénérescence graisseuse du diaphragme*, coïncidant avec celle du cœur, est une donnée bien plus positive de l'analogie d'action physiologique de ces deux organes.

II

Il importe d'autant plus d'insister actuellement, comme nous le faisons chaque année, sur les théories fantastiques résultant de ces expériences spéculatives, que les innovations, les réformes de l'enseignement, partout à l'ordre du jour, portent principalement sur l'extension et la multiplication des laboratoires et les perfectionnements des expériences de toute sorte. Chaque hôpital, collège ou école, faculté, université, veut avoir ses laboratoires. C'est la question principale dans la fondation des nouvelles Facultés, à Bordeaux comme à Lyon, à Lille comme à Toulouse; celle des hôpitaux n'est que secondaire. Deux nouveaux Instituts ont ainsi été ouverts en Allemagne : l'un à Strasbourg, pour l'anatomie pathologique, les dissections et les opérations chimiques et chirurgicales; l'autre à Berlin, pour la physiologie, sous la direction de Dubois Reymond. Il est aussi question d'établir en Angleterre deux grandes Facultés de médecine avec instituts et laboratoires, dans les Universités d'Oxford et de Cambridge,

pour en faire de véritables centres universitaires. Partout il ne s'agit plus que d'expériences et de réactifs chimiques et animaux, de démonstrations positives. L'examen des malades et le diagnostic des maladies se font plus au laboratoire qu'à l'hôpital, hors du malade que sur lui-même.

Une véritable transformation de l'enseignement et des études médicales s'est ainsi opérée, comme cela résulte explicitement de la récente circulaire de M. Bardoux, ministre de l'instruction publique, aux recteurs d'Académie, sur l'interprétation du décret du 20 juin dernier. Si le temps d'études techniques n'est pas prolongé en droit, il l'est de fait, en exigeant la production des deux diplômes du baccalauréat ès lettres et ès sciences dès la première inscription. L'application de ces connaissances physico-chimiques à la médecine est constatée par un examen probatoire, dès la fin de la première année, et sans lequel il est impossible de commencer efficacement la seconde. Tous les autres examens, le quatrième excepté, sont dédoublés en deux parties distinctes : l'une orale, théorique, et l'autre instrumentale ou pratique. De là l'obligation, au lieu de la faculté, pour l'élève de se livrer aux travaux de laboratoire comme à ceux de l'amphithéâtre et d'en payer la rémunération.

Ces dispositions légales, graduellement exécutoires à partir de la rentrée scolaire de 1879, sont donc la consécration officielle de la direction pratique et expérimentale imprimée aux études médicales en France, à l'exemple de l'Allemagne, par le gouvernement de la République. On peut en espérer les meilleurs résultats, si le corps enseignant, suivant les traditions françaises, ne va pas chercher ses inspirations ni ses exemples outre-Rhin.

La plus sûre garantie à cet égard serait le rétablissement complet du concours public. Son essence éminemment républicaine des épreuves publiques provoque l'émulation, développe les capacités et les met en relief, en même temps qu'il a l'avantage de n'accorder les places qu'au mérite éprouvé. C'est donc avec regret que l'on voit nos gouvernants suivre à cet égard les errements de l'Empire autoritaire, en nommant directement à ces chaires les savants présentés à son choix par les corps intéressés. On sait trop ce que cette garantie a d'illusoire avec un pouvoir central tout-puissant. Elle est bien plus efficace avec un jury indépendant. Si les administrations hospitalières trouvent cette épreuve si favorable au choix, à la sélection des médecins des hôpitaux et de leurs internes, comment l'Etat ne se croit-il pas obligé d'offrir la même garantie aux familles et aux progrès de l'enseignement ?

Il y a, dit-on, le concours de l'agrégation à la base. Oui, si l'on choisissait exclusivement les professeurs dans ce corps respectable, comme à Paris. Mais on n'a pas même tenu compte de cette distinction dans les nombreuses nominations faites cette année dans les nouvelles Facultés, et le concours des agrégés a aussi été mis de côté, réservé pour une époque ultérieure, ou centralisé à Paris, suivant le décret du trop fameux ministre Cumont, exécuté par son compère Jean Brunet ! Nous en avons relaté toutes les tristes conséquences, et il est à croire, par cet exemple, que cette fatale mesure sera définitivement abandonnée.

On concevrait un concours centralisé à Paris, si les nominations d'une Faculté à l'autre avaient lieu en France comme en Allemagne et en Angleterre. M. Lister a été ainsi récemment appelé d'Edimbourg à Londres, d'où M. Annandale est allé le remplacer dans sa chaire de

clinique chirurgicale. Le professeur Wagner a remplacé également Wunderlich à Leipzig dans sa chaire de clinique médicale. Les meilleurs élèves de Paris n'hésiteraient pas à aller momentanément à Lyon, Lille ou Marseille, s'ils savaient que, en fixant l'attention par leur enseignement et leurs travaux, ils ont toute chance d'être ensuite appelés à Paris. Mais il n'y a pas d'exemple de ces mutations, qui seraient un puissant encouragement pour les professeurs de province à obtenir de l'avancement. Ce serait une innovation utile à introduire, surtout maintenant que les Facultés de médecine se multiplient et que le trio séculaire en a été triplé avec l'adjonction des deux écoles de plein exercice.

Devant l'état prospère, florissant et surtout la célébrité dont jouissent actuellement les institutions médicales dans les deux empires voisins de l'Allemagne, sous la direction de leurs universités, une question se pose et s'agite dans les pays de *self-government*, où ces institutions sont laissées à leurs propres ressources. On se rappelle que ce fut le plus puissant moyen de relèvement de l'Allemagne abaissée et humiliée par Napoléon Ier. « Que puis-je faire pour redonner à la nation sa position perdue? demandait le roi de Prusse à son philosophe Fichte. — Fonder une grande université, sire. » Et l'université de Berlin fut ainsi fondée en 1810. Or on se demande aujourd'hui, en Angleterre et aux États-Unis, si la constitution de ces grandes universités centrales, dépendantes de l'Etat, dirigées et soutenues par lui, n'est pas plus favorable au développement, à la grandeur et aux progrès de l'enseignement médical, à l'avancement des études et des connaissances, que ces collèges isolés, ces écoles indépendantes, autonomes, comme elles existent à Londres et à New-York.

Deux professeurs de ces écoles libres ont traité simultanément cette question dans leurs *adresses* de rentrée : M. Hamilton, à l'Académie de médecine de New-York, et M. Lankester, au Collége de l'Université de Londres. Quoique de même race et dans des conditions identiques, chacun l'a résolue différemment. Le système américain, où règne encore la liberté d'enseignement, la collation des grades, des diplômes et même d'exercice, quoique condamné en principe, ne paraît pas susceptible d'autres réformes que les efforts privés des écoles d'élever le niveau de l'instruction comme partout ailleurs. L'indépendance, l'isolement est un héritage de la mère patrie. Des hommes qui pensaient à révolutionner et réformer tout le système ont été réduits, après des luttes inutiles, au silence de la mort. Telle est l'appréciation des nobles efforts tentés dans les États du Massachusetts et de la Pensylvanie pour fonder de grandes universités nationales où le stage et l'instruction exigés sont à la hauteur de la science, des titres et des grades qu'on y délivre et de l'exercice de la profession qu'ils confèrent.

Tout différent est le point de vue de M. Lankester. Dans ces nombreuses petites écoles, collèges et hôpitaux de la capitale, où se trouvent peut-être les plus riches matériaux cliniques du monde entier, il ne voit qu'un enseignement divisé, disséminé, inférieur à celui des Universités d'Edimbourg et de Dublin. Nommés à des titres divers, avec des honoraires différents, les professeurs n'y jouissent que d'une notoriété limitée à un petit nombre d'élèves, sans autre espoir ni émulation que d'être promus à un service d'hôpital. Et quant aux Universités d'Oxford et de Cambridge, où des chaires médicales ont été fondées, elles sont aujourd'hui dirigées par les cléricaux, qui en distraient

la plupart des revenus dans l'intérêt de leur parti.

Quelle différence donc avec la grande Université d'Heidelberg et ses riches fondations, ses hôpitaux, ses laboratoires, sa bibliothèque, son institut anatomique sans rival en Europe, et les noms célèbres, éclatants, des professeurs de sa Faculté de médecine ! Et tout cela pour une ville de 23,000 habitants. Aussi est-ce un grand malheur pour la civilisation anglaise, dit M. Lankester, qu'une véritable Université, bien dotée, où les nouvelles connaissances soient immédiatement appliquées par des hommes spéciaux et qui en font le travail de leur vie, n'existe pas à Londres et dans toutes les grandes villes, comme en Allemagne. Partisan convaincu de l'uniformité et de la centralisation des études, il recommande ainsi à ses élèves d'être les futurs défenseurs de ce système, dont la réalisation se poursuit avec plus d'activité que de succès, comme on le verra à *Enseignement*.

Ce n'est pas à dire que l'on veuille plus en Angleterre qu'en Amérique placer les universités ni les facultés sous l'action directe, immédiate de l'État, comme en France. Loin de là : on veut seulement que les petites écoles distinctes, séparées, fusionnent et confondent leurs intérêts, leurs biens, leurs revenus et leurs droits réciproques, pour former de grandes corporations indépendantes, autonomes, se dirigeant et s'entretenant elles-mêmes, selon leurs vues et leurs besoins, sans immixtion de l'État. C'est là en effet la plus sûre et la meilleure garantie des progrès et des succès de l'enseignement, dès qu'il a la liberté de se diriger, de se produire et les moyens de prendre tout son développement. De là le succès des universités allemandes.

Il y a sans doute plus de grandeur et de majesté, au moins en apparence, dans notre Université de France

hiérarchisée comme toutes les grandes administrations de la guerre et de la marine, ayant à sa tête un grand maître, ministre de l'instruction publique, nommant et commandant les recteurs d'académie, les inspecteurs de l'Université et les professeurs des Facultés suivis d'une nuée de fonctionnaires inférieurs de divers grades. Toutes les cérémonies, les représentations officielles ont lieu par ordre, avec éclat et pompe, car elles se font aux frais de l'État. C'est grand et imposant, régulier et uniforme, excepté si quelque indiscipliné, comme M. Dareste de Chavannes, y manque, ou si quelques élèves font du tapage. Mais, entre toutes ces individualités savantes, ces puissantes volontés, ces énergies personnelles, où est, en dehors de l'amour platonique de leur mère commune : l'Université, le stimulant, le mobile, l'intérêt qui puisse les mettre en action et les faire agir pour le progrès et l'avancement de l'université, de la faculté ou de l'école dont ils sont chargés? Chaque recteur, inspecteur, doyen, professeur ou maître ne peut juger des besoins que d'après ses vues personnelles. L'un réclame et demande pour sa chaire ce que l'autre refuse. Celui-ci fait le contraire de celui-là. Il ne peut y avoir entente entre des volontés égales, des aptitudes opposées, des vues, des idées différentes, des intérêts contraires, et, comme le grand maître ne peut voir ni connaître tous ces détails en particulier, il arrive forcément que les progrès de l'enseignement sont entravés dans leurs plus graves intérêts, que telle partie de l'enseignement est négligée et que les besoins des étudiants ne sont pas satisfaits. M. Bardoux vient ainsi de pouvoir créer, fonder une nouvelle Faculté de médecine à Toulouse, où le besoin s'en faisait le moins sentir, à cause de son voisinage de celles de Montpellier et de Bordeaux, tandis qu'il n'a

pu, à Paris, mettre M. Ball en possession de sa chaire à double titre de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale, où il est nommé depuis deux ans bientôt, alors que M. Charcot, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté, entraîne jusqu'aux médecins-députés à la Salpêtrière pour y voir ses hystériques et ses aliénées. Tels sont les effets exemplaires, cette année, de la puissance unitaire de la grande Université de France !

Ce n'est pas que tout soit au mieux ni dans le meilleur des mondes où la liberté règne en souveraine, comme aux États-Unis. Les contradictions légales y sont au contraire flagrantes, comme on peut s'en convaincre aux mots *Exercice*, *Jurisprudence*. Chaque État ayant le droit de s'administrer à sa guise, l'un condamne ce que l'autre permet, ou prescrit ce que son voisin défend. La Constitution fédérale ne protége même pas la propriété du diplôme médical, qui laisse chacun libre de s'en servir à sa guise. Une décision étrange a été rendue ainsi récemment dans l'Illinois. Aucun médecin ne pouvant exercer dans cet État, d'après une loi récente, sans une licence du Conseil de santé de Chicago, celui-ci s'est cru autorisé à retirer celle qu'il avait accordée précédemment au docteur Aikin pour avoir fait des annonces charlatanesques dans les journaux. Un appel fut porté devant le juge Williams, qui, après deux jours d'enquête, conclut que la licence accordée était une propriété, un moyen d'existence qu'un conseil n'avait pas le droit de retirer, à moins de violer le droit accordé par la Constitution à tout homme de n'être privé de sa vie, de sa liberté ou de sa propriété sans un jugement en règle. Et, là-bas comme ici, les noms des médecins les plus honorables servant souvent à orner les annonces les plus

éhontées, on ne pouvait voir dans celles de Aikin une cause d'indignité.

Mais la Cour en a jugé autrement et a maintenu le droit du Conseil de santé, en raison de ses fonctions expresses « d'exclure les empiriques et de protéger les médecins honorables », qui lui ont été conférées par la législature. Le droit local est mis ainsi au-dessus de la Constitution et viole évidemment la loi inviolable de la propriété personnelle du diplôme et le droit inaliénable d'exercice qu'il confère. Aucune sécurité ni protection légale ne sont donc accordées à l'exercice médical aux États-Unis.

Une loi pourtant va y rendre le secret professionnel obligatoire, comme l'emploi du système décimal. Toutes les Sociétés médicales de Philadelphie pétitionnent en ce moment pour obtenir que toute personne exerçant légalement la médecine et la chirurgie ne puisse être obligée à révéler ce qu'elle aurait pu apprendre dans l'exercice de ses fonctions et se rapportant au traitement du malade ou à l'opération qu'il a dû subir. Chacun connaîtra ainsi son droit et son devoir.

L'abus même de la liberté comporte son correctif : il est toujours facile de détruire ce que l'on a édifié. Le droit des femmes à prendre leurs grades en médecine pour l'exercer, reconnu en Angleterre malgré le corps médical (voy. *Enseignement*), a été annihilé en partie par les médecins eux-mêmes à la dernière séance de l'Association médicale britannique, tenue à Bath le 6 août dernier, et qui compte 7,596 membres. Par une résolution solennelle, et pour répondre à la demande de quelques-unes de ces dames, elle les a exclues poliment de ses réunions, de même que la Société du Massachusetts. Le Collège de l'Université de Londres a aussi refusé de leur ouvrir l'accès

de ses cours de médecine, et, après plusieurs années d'expérience, la Faculté de médecine de Vienne a résolu de les en exclure à l'avenir, eux d'obstétrique et de maladies des femmes exceptés. C'est une véritable exécution, qui remet les doctoresses à leur place, en les obligeant de s'associer et de se réunir isolément.

Remarque importante à ce sujet : par suite de l'impossibilité du *Medical Council*, corps officiel médical anglais, à s'entendre pour obtenir l'uniformité de conditions, d'études, d'examens et de titres que le gouvernement désire, le suffrage universel de tous les médecins tend à être consulté pour servir de base aux décisions officielles les concernant. Ce serait là un grand progrès, émanant du principe d'association, sinon de corporation, et qui mérite de triompher tôt ou tard là-bas comme ici.

III

Aucune des grandes découvertes ou innovations qui marquent une année médicale ne s'est réalisée, malgré les longues et solennelles discussions qui ont eu lieu ici à l'occasion de l'Exposition ou ailleurs sur l'hygiène, la médecine légale et autres branches de l'art de guérir. Il n'y a eu que des vœux ou des espérances, et l'unique bienfait sanitaire réel est l'*abolition de la taxe sur la mouture* en Italie. Ce sera le meilleur préservatif contre la pellagre et le plus sûr moyen de faire disparaître cette plaie sociale qui frappait au cœur l'État dans sa production et son pouvoir militaire. La décadence physique et morale que subit la race latine, en Italie comme en Espagne, peut bien être attribuée, en

effet, à la mauvaise nourriture fécculente de ses habitants. La paresse qui les tient peut provenir, au moins en partie, de cette habitude de se gaver l'estomac qui les rend, comme le boa constrictor, occupés, les trois quarts de leur existence, au travail de leur digestion laborieuse, de toutes les occupations, la plus malfaisante et la moins productive.

Nous n'avons à enregistrer que des vues nouvelles ou des éclaircissements sur la pathologie. L'*hématocèle* et le *phlegmon péri-vésical*, la *tuberculose des muqueuses*, les *kystes folliculaires des mâchoires*, ont été ainsi élucidés par de nombreux faits cliniques qui, pour plusieurs praticiens, en feront des affections nouvelles. L'*hystéro-épilepsie* a surtout été rendue évidente par les exhibitions publiques de M. Charcot. Une variété nouvelle, l'*hystérie périphérique*, a aussi été introduite par M. Lasègue, dont l'ingénieuse fécondité ne cesse d'agrandir chaque année le cadre nosologique. On a même tenté d'y faire entrer d'autres variétés : la *phthisie capsulaire*, le *rhumatisme spinal* et un *ulcère chronique du duodénum;* mais il semble bien difficile de les admettre sans de nouvelles observations.

L'*athétose* a définitivement pris droit de naturalisation parmi les affections nerveuses, avec son titre américain. Des exemples d'athétose double en confirment la réalité, sans que le siège en soit encore établi rigoureusement.

On a cherché aussi à distinguer une espèce moins grave de *périostite externe* et de *cirrhose atrophique latente*. Mais ce ne sont là que des essais, car celle-ci paraît bien n'être que consécutive, accidentelle, et un simple effet diathésique. De nouvelles observations sont donc indispensables. Quant à la première, la question

actuellement pendante à l'Académie de médecine sur l'ostéo-myélite pourrait bien en changer la signification.

Bien d'autres entités morbides, rares ou contestées, sont visées, mais seulement à titre de confirmation. Tels sont notamment l'*angiome intra-musculaire*, l'*embolie cardiaque* et le *rhumatisme cérébral*, rendus manifestes par des exemples remarquables.

La PATHOGÉNIE est beaucoup plus riche, par la raison toute simple qu'il est plus facile de supposer, d'interpréter et de conjecturer, d'après le microscope et les réactifs, que de démontrer et de conclure cliniquement. Et comme, pour s'éclairer sur la nature des maladies, on ne fait plus que de l'histologie pathologique, au lieu d'anatomie, tout change et se transforme, selon le globule ou la cellule examinée et.... l'optique de l'observateur. Des *altérations des globules rouges du sang* ont ainsi été constatées expérimentalement après les *brûlures*, dont les symptômes graves, la mort même y sont attribués exclusivement, de par messieurs les Allemands.

On a constaté implicitement la même altération dans l'*urémie* comme dans l'*anémie*. La quantité d'urée excrétée étant proportionnelle à la richesse des globules en hémoglobine, on constate l'état de ceux-ci par la quantité de celle-là.... dans l'urine, sans tenir compte de celle qui est excrétée autrement. Sa *rétention dans le sang* serait même une prédisposition à la *fièvre typhoïde* dans certains cas, d'après M. Czernicki, comme la *rétention du sucre* dans le diabète provoquerait la *mort subite*. L'*alcalinité du sang* serait constante, d'après M. Lépine, dans le rhumatisme chronique. Toutes ces données, si elles étaient péremptoires, se-

raient sans doute de précieuses indications thérapeutiques, mais...

Voici plus fort. La pneumonie aiguë, fibrineuse, n'est, d'après M. Fernet, qu'une *névrite du pneumo-gastrique* dont l'effet tropho-névrotique serait un simple herpès du poumon. Imbu sans doute de la constatation de cette *névrite* dans la *sciatique*, il l'a constatée dans trois cas de pneumonie après la mort, et il le proclame sans ambage contre des milliers d'observations contraires. C'est dire que tous les anatomo-pathologistes passés et présents se sont trompés et n'ont vu que du bleu dans les trois phases successives de l'inflammation pulmonaire. *O tempora, ô mores!*

Telle est l'influence des doctrines en vogue, que celle du parasitisme se propage partout et à tout à la voix puissante de M. Pasteur. Les recherches faites sur l'*hématо-chylurie* en offrent un exemple frappant. Si faibles que paraissent les observations propres à les confirmer, les ingénieuses et nouvelles expériences sur l'*origine bactéridienne du charbon* ne peuvent que corroborer et affermir la doctrine de la panspermie, même dans les maladies épidémiques.

Les explications de tel ou tel phénomène varient ainsi suivant les doctrines régnantes. Tout est dans tout. On expliquait autrefois le développement des maladies épidémiques saisonnières par la température et l'humidité atmosphérique, sans tenir compte des éléments de l'air. La panspermie de M. Pasteur change et éclaire tout cela. Les poussières et les germes de l'air en sont la cause. Et M. Miquel ayant constaté par des expériences directes et démontré que la température et l'humidité sont les principales causes qui augmentent le nombre des microgermes, voilà aussitôt l'explication trouvée : ce serait par eux que les épidémies se-

raient provoquées. (*Acad. des sciences*, juin.) Si c'est un progrès pour leur explication, on ne pourra pas mieux les prévenir ni les combattre.

Des observations d'un autre genre ont aussi été faites sur la pathogénie des *embolies* et des *kystes;* mais, n'ayant à signaler ici que les principales, nous laissons au lecteur le soin de trouver les autres.

La base du DIAGNOSTIC étant une symptomatologie exacte, précise, différentielle, ce Dictionnaire a surtout pour mission d'en consigner tous les progrès. Les nouveaux instruments, les méthodes servant à cet effet, sont ainsi relatés, le microphone notamment. L'emploi du thermomètre a aussi conduit deux médecins à observer simultanément à Nice et à Paris l'*hyperthermie locale* des parois du thorax dans les points correspondant aux parties enflammées de la plèvre et du poumon. Ce signe de la congestion pulmonaire, se traduisant par une élévation notable du thermomètre sur la température générale, pourra servir utilement à marquer le début de la phthisie et à en suivre les différentes phases, aussi bien que celles des épanchements.

Cette découverte sera certainement un des principaux évènements de l'année, si tout ce qu'en annonce M. Peter se confirme. Au lieu d'avoir à se fier exclusivement aux modifications stéthoscopiques, légères, fugaces, variables à l'infini suivant la nature, le siège et l'étendue des lésions et souvent aussi l'habileté ou la finesse d'ouïe de l'observateur, on aura un signe externe, fixe, constant, presque infaillible. Par sa simplicité et sa précision, ce signe sera un des perfectionnements les plus utiles de la nouvelle méthode d'exploration physique. Mais attendons, car il y a déjà une sourdine à ce bel enthousiasme.

La *percussion douloureuse*, constatée 22 fois sur 25 phthisiques par un médecin d'une exactitude rigoureuse, mathématique, est à ajouter à cette méthode.

Les *hémoptysies précoces* sont aussi signalées comme le signe initial de la tuberculose et les *hématémèses* dans le cancer de l'estomac. (Voy. *Hémorrhagies*.)

De même des *localisations cérébrales* dans les paralysies, sur lesquelles l'attention continue à s'exercer. Leur réalité, démontrée plutôt par la clinique que par les vivisections, est surtout rendue évidente par l'atrophie de la région motrice dans le cas d'absence ou d'amputation du membre correspondant, sinon de paralysie congénitale, signalée par M. Luys, l'un des premiers. Les expérimentateurs anglo-allemands n'ont donc qu'à se louer de la collaboration des cliniciens et des anatomistes français dans cette découverte, comme le montre l'analyse des ouvrages publiés cette année, pour et contre, sur ce sujet.

L'*adipose localisée* est aussi un signe physique de l'atrophie musculaire et même de paralysie, dont l'importance se révèle à l'œil et à la mesure. Le *phénomène du genou* a surtout été expérimenté dans l'*ataxie locomotrice* et le *mal de Pott*. L'*immobilité du diaphragme* dans la péritonite, en en indiquant la généralisation, est un signe grave, aussi bien que la *teinte bronzée du phlegmon*.

Telle est encore l'interprétation définitive de l'*ulcération sublinguale* dans la *coqueluche* et les *ulcères des jambes* comme manifestation diathésique de diverses maladies constitutionnelles. Le diagnostic des *épanchements par l'analyse du liquide*, l'*urémie* symptomatique de l'*oblitération des uretères*, comme l'*ictère* dans le *cancer du pancréas*, sont des signes physiques qui conduisent à la certitude de la médecine.

Nous avons surtout cherché à rendre évidents les caractères différentiels des maladies ou des lésions dont la confusion est facile entre elles, comme la *syphilis* avec la *paralysie générale* chez les aliénés, les *tumeurs cancéreuses* et *syphilitiques du testicule*, les diverses *hypertrophies des ganglions lymphatiques*, le *phlegmon sous-péritonéal*, la *péritonite suppurée* et les diverses *obstructions intestinales*. La malignité de certains *enchondromes* a aussi été confirmée par la Société de chirurgie.

Sur tous ces sujets et bien d'autres analogues, on trouvera d'amples développements avec des observations à l'appui.

Thérapeutique. Telle est la commodité des *injections hypodermiques* pour l'administration des médicaments, jointe aux avantages d'une action plus rapide que par toute autre voie et à moindre dose, que leur emploi est adopté de préférence dans tous les cas où le médicament et l'indication le permettent. L'*atropine*, l'*apomorphine* et le *curare* ont ainsi été employés contre l'épilepsie et l'hystérie. L'action eupnéique de l'*opium* et de la *morphine* a été mise de même en évidence dans l'*anémie cérébrale*, l'*asthme*, l'*empoisonnement urémique*, la *dyspnée cardiaque*, etc. L'*ergotine*, par son action contractile sur les vaisseaux, paraît avoir eu du succès dans l'*hémorrhagie cérébrale* et la *méningite*. Les injections stimulantes d'*éther* et d'*alcool* ont aussi reçu de nouvelles applications contre l'empoisonnement par la strychnine et bien d'autres. Celles d'*acide phénique* sont très-usitées en Allemagne contre les *hydarthroses*. Ces faits montrent qu'il ne suffit pas qu'un médicament ait échoué sous une forme quelconque pour le rejeter; il faut l'employer par les différentes voies

d'absorption avant de le condamner définitivement.

L'*électrothérapie* est en si grande faveur dans la patrie de Galvagni, que l'application s'en étend tous les jours. Son emploi n'a plus de limites depuis les succès obtenus de l'électropuncture par Ciniselli contre les anévrysmes et les tumeurs. Son usage est général en chirurgie depuis la découverte de la galvanocaustie thermique. L'action excitante des courants continus sur l'absorption va lui donner le plus grand rôle en médecine. On les emploie ainsi pour rétablir les sécrétions supprimées, activer celles qui sont en souffrance et résorber les épanchements morbides. Elle remplit bien d'autres indications encore. Elle a été appliquée également à l'élimination du plomb dans le saturnisme chronique. (Voy. *Paralysies.*) Aussi les appareils, les piles s'y modifient, s'y perfectionnent à l'envi, comme l'indique et le montre par des planches pour cette année l'*Annuario* du docteur Schivardi, qui a tant contribué personnellement à en vulgariser la connaissance et à en préciser les indications thérapeutiques. Mais l'invention du *téléphone* fera beaucoup plus pour la physiologie, car, d'après M. d'Arsonval, il est plus sensible à l'électricité que le nerf. Un courant sans action sur la patte galvanoscopique fait vibrer le téléphone.

Il serait trop long et superflu d'énumérer ici les nombreux agents qui ont reçu de nouvelles applications, comme les *frictions stibiées* sur le crâne dans la *paralysie générale*, le *seigle ergoté* contre la *polyurie*, etc., etc. Nous nous bornerons à signaler les curieuses expériences faites sur l'action de la *coca*, les nouveaux *diurétiques* et *mydriatiques*, un nouveau mode de *respiration artificielle* et de nouvelles applications du froid avec une *ceinture spéciale*, dans la *fièvre typhoïde*, et deux exemples de succès des bains chauds

dans le *tétanos a frigore*. C'est là une indication trop rationnelle pour ne pas la remplir à l'occasion.

Après tout le bruit qui s'est fait à Paris sur le *salicylate de soude* dans le *rhumatisme* et les exagérations fallacieuses accumulées sur son action merveilleuse, il n'y a plus à recueillir que les échos lointains de son emploi comme les plus véridiques témoignages de son efficacité réelle. La simple vérité est ainsi satisfaite, et la thérapeutique en sera d'autant plus précise.

La Chirurgie, ne s'exerçant que dans un but thérapeutique, comme la branche la plus positive de celle-ci, a sa place marquée ici. Elle a beaucoup fait parler d'elle cette année. La discussion sur la *désarticulation coxo-fémorale*, qui a occupé alternativement les séances de l'Académie de médecine depuis le mois d'octobre 1877 jusqu'en juillet dernier, avec le retentissement qu'elle a eu à la Société de chirurgie et surtout dans la presse, en France et à l'étranger, suffirait à elle seule à remplir ce volume. Outre le sujet principal, traité par les chirurgiens de la marine et de l'armée, elle s'est, en effet, étendue aux deux points accessoires des *pansements* et de la *réunion immédiate*, traités par les maîtres de l'École. C'est sous ces trois titres que l'on trouvera le résumé de cette discussion importante, qui marque bien les tendances de la chirurgie française et de ses principaux représentants en ce moment.

Le nouveau procédé opératoire proposé par M. Verneuil ayant pour effet de prévenir l'hémorrhagie, considérée comme la cause de l'issue fatale de cette désarticulation, voici un fait tout récent qui prouve le contraire. Une désarticulation de la hanche a été pratiquée, le 7 décembre dernier, à l'hôpital Westminster

par M. Gould, chez un garçon de 28 ans. L'hémostase fut obtenue en introduisant dans le rectum une baguette de neuf pouces de long pourvue d'une extrémité bulbeuse servant à comprimer l'artère iliaque primitive. L'opéré ne perdit pas trois *ounces* de sang, et cependant il succomba le quatrième jour, sans que l'autopsie ait révélé aucune lésion de la partie comprimée. La perte du sang ne fut donc pas ici la cause de la mort. (*Lancet* du 21 décembre.)

Une discussion encore plus solennelle, mais moins longue, a eu lieu à Londres sur les indications et les résultats comparés de la *taille* et de la *lithotritie*, d'après des statistiques concluantes et celle de la pratique de M. Thompson durant les 26 dernières années. Les plus célèbres chirurgiens anglais y ont pris part, dont plusieurs étaient venus exprès de Birmingham, Norwich, Manchester. On verra par le résumé que ç'a été pour défendre la taille et relever les complications de la lithotritie.

Aussi les partisans de cette dernière opération ont-ils dû accueillir avec une grande satisfaction le progrès réalisé par le docteur H. Bigelow, de Boston, pour l'exécuter en une seule séance. La communication qu'il en a faite avec démonstration aux Sociétés de chirurgie de Londres et de Paris nous dispense de nous y arrêter. On en trouvera tous les détails et les observations à *Lithotritie*, avec d'autres innovations s'y rapportant, notamment l'*aspiration* dans la *gravelle*.

C'est d'Amérique que nous viennent ainsi cette année les plus grands progrès sur les affections des voies urinaires et surtout les moyens de les combattre le plus efficacement. La lutte entre la *dilatation* et l'*uréthrotomie* contre les *rétrécissements de l'urèthre* s'y poursuit

avec une grande vigueur, mais trop souvent sur le terrain théorique plutôt que pratique. On pourra en juger par la discussion qui a eu lieu à New-York entre les chirurgiens les plus autorisés dans cette spécialité.

Toute la presse médicale, ou du moins les organes qui se tiennent au courant du mouvement scientifique se sont occupés des nouveaux moyens d'*immobilisation* employés par le professeur Sayre, de New-York, contre le *mal de Pott*, les *gibbosités* et les *déviations de la taille*. Des discussions publiques ont aussi eu lieu à ce sujet à Londres et à Paris, dont nous avons présenté un résumé aussi exact et concis que possible, avec l'indication des ouvrages publiés. On peut y joindre l'*extension continue* contre les *tumeurs blanches*, comme s'y rattachant.

L'*élongation* des nerfs va en progressant, ainsi que la *névrotomie*. Appliquée aux nerfs ciliaires dans l'ophthalmie sympathique, celle-ci paraît surtout un grand progrès sur l'énucléation, de même qu'elle est préférable à la ligature artérielle contre l'*éléphantiasis*. L'*étirement* a été appliqué aussi à la *sciatique* et au *tétanos*.

De même de la *compression élastique* contre les *anévrysmes;* mais cette nouvelle méthode n'a pas encore passé le détroit ; elle reste localisée dans les Iles-Britanniques.

Il en fut ainsi pendant de longues années de la *colotomie* contre les *obstructions du rectum*. C'est une habitude anglaise de passer par-dessus l'obstacle quand ces vaillants pionniers ne peuvent le vaincre sur place. La gastrotomie dans le cancer de l'œsophage, l'ouverture de l'abdomen dans les étranglements internes, et plusieurs autres opérations en sont la preuve. Malgré

les succès invoqués par l'intervention locale, deux chirurgiens, l'un français, l'autre allemand, viennent de se prononcer pour l'opération d'Amussat contre l'*obstruction cancéreuse du rectum*.

A ces innovations de la chirurgie actuelle, on peut ajouter l'*excision*, par la voie externe, du *cancer des amygdales* et de l'*œsophage*, l'*excision des indurations chancreuses*, la *fracture sous-cutanée des exostoses*, la *paracentèse capillaire*, et surtout le *pansement phéniqué*, dont l'emploi comme antiseptique se généralise à tout. Renchérissant sur Lister, les Allemands en ont étendu l'usage aux *brulûres*, et, de l'*ovariotomie*, le voilà introduit par eux dans la pratique des *accouchements*.

Tels sont les principaux caractères de la chirurgie, dite conservatrice, du jour. On peut y joindre : l'essai de rénovation et de perfectionnement du *broiement circulaire* appliqué aux grandes amputations ; l'usage des *crins de cheval* pour le drainage des plaies et des *fils de baleine* et de *magnésium* pour les ligatures. Il n'y a plus à s'occuper ainsi des grandes opérations que pour mémoire, c'est-à-dire en préciser les indications et les contr'indications, les accidents, les complications ou les succès rares et curieux, par de nouveaux *fac-simile*. Un second *arrachement du bras*, renouvelé de M. A. Guérin, se trouve ainsi aux *Luxations* et un cas de *mort subite* après la *ponction du kyste*, tandis qu'une guérison complète a suivi la contr'ouverture d'un *phlegmon du ligament large* par une ponction bien autrement périlleuse, mais pratiquée avec autant de hardiesse que d'habileté. Un nouveau succès de la *gastrotomie*, répétée de M. Verneuil, et beaucoup d'autres faits analogues, sont relatés de même.

L'emploi des opérations véritablement thérapeutiques, comme la *trachéotomie*, la *laryngotomie*, la *thora-*

centèse, semble diminuer, au contraire, par les fréquentes récidives, les complications, les accidents et la mortalité considérable que chacun en relève. Réaction de la pratique contre l'enthousiasme irréfléchi qui a accueilli ces opérations au début. Ce n'est qu'en les pratiquant à la longue qu'on a pu en observer et en connaître les résultats. Une *hernie mortelle de l'estomac* a été observée ainsi après l'*empyème*. Les *végétations polypiformes* deviennent bien plus fréquentes après la trachéotomie, depuis qu'on les connaît. De là les avantages de la *laryngotomie inter-crico-thyroïdienne* pour la remplacer.

L'invention du laryngoscope et la spécialité qu'elle a créée des maladies de la gorge et du larynx, en en éclairant le diagnostic, a aussi enhardi les chirurgiens à y pratiquer les plus graves opérations, jusqu'à l'excision entière de cet organe de la voix. Un *larynx artificiel*, qui a été l'objet d'une exhibition scientifique à Londres, tend ainsi à donner des connaissances positives sur la physiologie vocale et son mode de production. M. Lister, ayant été obligé d'exciser les cordes vocales, en enlevant une grosse tumeur papillomateuse du larynx, fut très-étonné que son opéré continuât à parler très-distinctement. Il découvrit à l'examen que la vocalisation se faisait par la vibration des replis arythéno-épiglottiques. Il avait constaté préalablement que le stertor de la narcose chloroformique était dû à la même vibration. Les détails de ce fait sont donc d'un utile enseignement.

Une distinction très-importante est également à signaler sur le traitement des *laryngopathies syphilitiques*, suivant qu'elles sont aiguës ou chroniques. Mais ce serait empiéter sur le domaine de la syphiligraphie, que les spécialistes ne cessent d'étendre outre mesure,

pour agrandir le champ de leur action, en imaginant plutôt qu'en en découvrant des formes et des localisations nouvelles. Nous lui avons déjà fait plusieurs emprunts, que l'on trouvera réunis au mot *Syphilis*.

Il en est autrement de l'Obstétrique et de la Gynécologie, qui se confondent et s'engendrent réciproquement, tout en étant reportées sous divers titres, même sans compter l'anesthésie obstétricale, qui s'accrédite de plus en plus.

L'*engagement simultané des deux têtes* dans l'*accouchement gémellaire* a reçu une élucidation remarquable en Amérique, ainsi que la *contraction de l'utérus en sablier*, dont les observations sont très-concluantes comme causes de dystocie. La *dilatation partielle* a reçu aussi de précieux éclaircissements.

Quant aux *vomissements de la grossesse*, c'est moins à la nouveauté des moyens pour les faire cesser qu'à leur indication rationnelle que nous avons eu égard en les signalant. Que la cause en soit dans l'utérus, dans l'estomac ou dans une action réflexe, il est toujours dangereux de se laisser aller à l'empirisme en pareil cas.

La *position assise* dans l'*opération césarienne* est signalée comme offrant quelques avantages pour une issue favorable. Le succès du moins en témoigne. Et, comme la gravité effroyable de cette opération permet d'essayer tous les moyens pour en atténuer la mortalité, on peut bien essayer celui-ci.

L'*excision utéro-ovarienne*, pratiquée avec succès pour la première fois par le professeur Porro, de Pavie, le 21 mai 1875, comme nous l'avons indiqué en 1876, a été répétée quatorze fois depuis avec les résultats suivants, consignés dans la thèse inaugurale récente du docteur Imbert de La Touche sur ce sujet.

Trois ont été pratiquées à Vienne en 1876 : deux par le professeur Spaëth, avec une guérison et un décès, et la troisième par le professeur Braün, suivie de mort.

Quatre ont été pratiquées en 1877 : deux en Italie et deux en Suisse. L'une à Milan, par le professeur Chiara, l'autre à Bergame, par le docteur Previtali, ont été suivies de mort, comme celle du professeur Hegar à Fribourg et celle du professeur Muller à Berne.

Sept ont été faites en 1878, dont quatre en Italie : deux à Milan par M. Chiara, avec une guérison et un décès ; une à Turin par le professeur Tibino, avec décès ; une à Brescia par le docteur Peroglio, suivie de guérison ; deux à Liège par le professeur Wasseige, avec une mort et une guérison que nous rapportons, et la dernière à Prague par le professeur Breisky, avec mort. (*Ann. univers. di med. e chir.*, novembre.)

Sur ce total de quinze amputations de l'utérus et des ovaires, c'est donc cinq guérisons acquises et dix morts. Sans que ce résultat puisse être considéré comme tout à fait satisfaisant, il est incomparablement plus favorable qu'avec l'ancienne méthode, qui, sur 40 opérations pratiquées à Paris, ne compte pas un seul succès, et n'en compte qu'un sur 25 pratiquées à la Charité de Lyon de 1841 à 1878. Il y a donc là encouragement pour les chirurgiens français à imiter cette nouvelle pratique, qui, en prévenant l'hémorrhagie, évite le plus grand péril.

Reste l'*ovariotomie*. Quoique d'un emploi général, universel, elle ne cesse d'occuper les chirurgiens pour son *indication précoce* et le *traitement du pédicule*, autant que la *diminution graduelle de sa mortalité*. C'est ainsi qu'en Italie la dixième seulement fut suivie de guérison, comme nous l'avons signalé, tandis que les 92 suivantes, pratiquées jusqu'à la fin de 1877, ont donné

56 morts et 36 guérisons. En 1878, 26 ovariotomies ont enfin donné 9 morts et 17 guérisons, soit une mortalité réduite à 35 au lieu de 61 pour 100. (*Ann. univ. di med. e chir.*, novembre.) On peut espérer la voir ainsi réduite à la mortalité des opérations simples, comme la kélotomie par exemple.

La MÉDECINE LÉGALE a été plus que jamais l'objet de longues et graves discussions. Un procès célèbre d'empoisonnement chronique par l'arsenic, ayant mis à nu l'insuffisance des recherches et les contradictions flagrantes des experts, a soulevé les plus graves questions sur les lacunes de la législation et de l'enseignement sur ce sujet. Tous les organes de la presse en ont retenti, au détriment de la science et de la justice. Un Congrès spécial et international s'en est suivi, qui, en éclairant cette question, provoquera probablement des réformes importantes, l'extension de l'enseignement et une révision des lois, notamment celle des honoraires médicaux.

Un procès en règle a été fait, à cette occasion, aux *ecchymoses sous-pleurales*, indiquées trop légèrement par M. Tardieu comme le signe spécifique de l'*asphyxie par suffocation*. Toute asphyxie violente les détermine, quelle qu'en soit la cause. Les mort-nés par asphyxie les présentent, ainsi que les empoisonnés par l'aconit et l'aconitine, qui paralysent, comme on l'a vu, le centre respiratoire. On peut donc les rechercher comme signe dans toute mort subite causée par l'apnée ou l'absence de respiration.

La gravité des *contusions de l'abdomen*, même sans lésion apparente, et l'utilité de l'*examen microscopique du sang*, ont aussi été mises en évidence par des faits, ainsi que la *toxicité des moisissures*.

La JURISPRUDENCE indique les étranges variations existant à ce sujet aux États-Unis. Mais les condamnations infligées aux dentistes qui administrent l'anesthésie chloroformique, en équivalant à une défense formelle, sont au contraire un exemple à suivre.

L'OPHTHALMOLOGIE, comme la plus ancienne des spécialités, a surtout réalisé d'importantes modifications opératoires. Après la *névrotomie optico-ciliaire*, déjà indiquée, le procédé nouveau de *strabotomie par reculement* mérite surtout de fixer l'attention. S'il est moins à l'usage des praticiens que la section des muscles, il paraît aussi plus efficace et moins sujet à récidive. Un nouveau succès de l'*inoculation blennorrhagique* et un traitement simple et rationnel de la *paralysie des muscles externes* nous semblent aussi profitables que les recherches et les acquisitions histologico-microscopiques des Allemands, qui encombrent l'oculistique bien plus qu'elles ne l'éclairent.

Nous citerons aussi les contributions de la MÉDECINE COMPARÉE, qui servent bien mieux à l'avancement de la médecine humaine que les expériences et les vivisections sur les grenouilles, les cobayes et les lapins, les inoculations sur les chats et les chiens. Les observations sur les *teignes* éclairent ainsi ce sujet bien mieux que les inoculations de M. Colin sur la nature du *charbon*.

A cet inventaire sommaire des principaux faits et travaux de l'année médicale, enregistrés et... prisés dans ce volume, ajoutons qu'il contient, comme tous les ans, une notice nécrologique sur les médecins célèbres, nationaux et étrangers, qui ont succombé ; le programme des prix académiques à décerner, et la

bibliographie ou l'indication des principaux ouvrages parus. Fidèle à son titre, il est donc unique à offrir, dans un si petit volume et à un prix si modique, l'analyse succincte, exacte et précise, de tous les progrès accomplis ou d'une réalisation immédiate, en laissant de côté cette science spéculative, abstraite, microscopique, s'exerçant sur les infiniment petits et dont les réalités ne peuvent se vérifier que dans un lointain avenir. Tout en tenant nos lecteurs au courant de cette science, nous nous attachons principalement aux faits d'une application immédiate, dans l'intérêt même de la pratique journalière. De là l'accueil et le succès croissant de ce *Dictionnaire annuel* parmi les praticiens, dont nous les remercions confraternellement.

P. Garnier.

Paris, 10 janvier 1879.

DICTIONNAIRE ANNUEL

DES PROGRÈS

DES SCIENCES ET INSTITUTIONS

MÉDICALES

1878

A

ABCÈS. Les tumeurs et les fistules du sac lacrymal ne seraient, suivant M. Fano, que des *abcès ossifluents* déterminés par l'ostéite et l'ostéo-périostite du grand angle de l'orbite. L'apophyse montante du maxillaire supérieur serait atteinte primitivement et les phénomènes varient d'après l'étendue de l'inflammation. De là les variétés observées et dont il décrit le mécanisme suivant le siège des lésions. Et, comme elles se terminent ordinairement par suppuration, on a ces tumeurs ou ces fistules que tous les auteurs ont jusqu'ici attribuées aux parties molles, en se mettant le doigt dans l'œil, c'est le cas de le dire. (*Acad. des sc.* juillet.)

Mais, en avançant une proposition si grave, l'auteur se garde bien de l'appuyer des faits probants qui peuvent l'avoir conduit à l'émettre. C'est donc une théorie sans preuves. D'ailleurs, ces abcès ossifluents seraient-ils réels, qu'il n'y aurait qu'à leur appliquer le traitement par le caustique vanté par M. Labbé lorsqu'ils sont superficiels. (Voy. *année* 1877.)

Abcès aigu du cervelet. *Mort subite.* Un soldat de 22 ans, grand et robuste, se plaint le 3 novembre d'un violent mal de tête et de douleurs dans l'oreille droite, qu'il attribue à

avoir trop plongé en se baignant. Malgré les sangsues et les purgatifs, le mal de tête augmente jusqu'au 9 sans fièvre. Le pouvoir musculaire diminue au point que, ce jour-là, il y a perte du mouvement des membres inférieurs. Pupilles normales ; pas de vomissements.

Le 10, il est trouvé sans connaissance avec stertor, dans un sommeil apparent. Délire pendant la nuit. Pupilles dilatées et insensibles. En soulevant la tête pour faire boire le malade, un flot de pus jaillit de l'oreille droite, et immédiatement la mort a lieu en moins d'une minute.

L'examen du cervelet montre le lobe droit entièrement détruit par un abcès. Il n'en reste que l'écorce, remplie d'un pus très-fétide ayant fusé dans les deux autres lobes, dont le tiers antérieur seul est intact. Au point correspondant du méat auditif, l'écorce du lobe droit est rompue, ce qui a permis au pus de s'échapper par le canal auditif. L'os était dénudé de la dure-mère et imbibé de pus, qui abondait dans les cellules mastoïdiennes. (*Lancet*, n° 20.)

Abcès du médiastin. A la suite de l'uréthrotomie interne suivie de la dilatation, pratiquée par M. H. Smith chez un syphilitique, des frissons se déclarent avec sueurs profuses et fièvre, sans autre localisation, pendant six jours, qu'une douleur vague dans la moitié gauche et antérieure de la poitrine ; mais elle se localise ensuite intense et continue vers la partie moyenne du sternum, et une collection fluctuante se montre, le douzième jour seulement, dans le quatrième espace intercostal droit, le long du bord sternal. L'incision n'amène qu'un soulagement passager. Une douleur rétro-sternale persiste et augmente sans gonflement de l'os et avec battements très-nets de l'abcès. La toux devient pénible et la dyspnée augmente. Le cœur est dévié à gauche sous le mamelon, malgré des battements normaux. Enfin une solution de continuité entre les deux moitiés du sternum est constatée au niveau de l'ouverture de l'abcès, avec crépitation nette et absence de tumeur à la face antérieure de l'os. Du pus sanieux et fétide s'échappe en petite quantité. Un bistouri, engagé dans le foyer purulent, est alors conduit avec précaution derrière la paroi antérieure de la poitrine et, agrandissant l'ouverture profonde, donne issue à un flot de pus sale et putride.

Dès lors, tous ces phénomènes graves, qui duraient depuis un mois, s'améliorent rapidement. La mobilité sternale et la crépitation diminuent ; le cœur revient à sa place, et il ne reste bientôt plus qu'un très-léger suintement purulent. (*Lancet*, 1877.)

Abcès rétro-pharyngiens. Ils succèdent si rarement à l'engorgement des ganglions lymphatiques que, sur 193 cas, il n'est résulté qu'un seul abcès. Ils doivent donc dépendre d'autres affections, d'autres diathèses pour que les auteurs allemands les considèrent en général comme secondaires. (Voy. GANGLIONS LYMPHATIQUES.)

ABDOMEN. *Contusion.* Telle est l'extrême gravité des coups portés sur le ventre avec le poing, le coude, la tête et le pied surtout, que, même en l'absence de toute trace extérieure, la mort est plus à craindre que par les blessures pénétrantes avec les instruments tranchants ou les armes à feu. Le danger vient surtout de la rupture de l'intestin et de la péritonite promptement mortelle qui en est la conséquence. Sur quatre autopsies judiciaires faites par le docteur M. Laugier dans des cas de mort consécutive à des coups de pied dans l'abdomen, il a constaté une déchirure irrégulièrement circulaire de la fin de l'intestin grêle, dans trois cas, bien que la paroi abdominale n'offrît aucune ecchymose appréciable. Une hernie inguinale existait dans le quatrième, et la déchirure circulaire se trouvait sur l'anse d'intestin hernié.

Six autres observations analogues, collectées dans les auteurs et suivies d'autopsie, témoignent également d'une rupture d'une portion de l'intestin, dans un point quelconque de son étendue, bien que les parois abdominales n'offrissent 8 fois sur 10 aucune lésion apparente, ni excoriation, ni ecchymose. Et cela toujours à la suite de coups de pied ou de genou portés sur le ventre. Les coups sont donc aussi dangereux, sinon plus, que ceux portés avec des instruments tranchants ou des armes à feu, et c'est à tort que les tribunaux ne punissent pas aussi sévèrement leurs auteurs lorsqu'ils sont volontairement, traîtreusement portés et dans l'intention de nuire. Certains rôdeurs de barrières, certains malfaiteurs ont ainsi la spécialité de frapper leurs

victimes. Et, qu'ils réussissent ou non, leur intention criminelle étant de donner la mort, comme s'ils attaquaient au poignard ou au pistolet, ils doivent être punis et condamnés aussi sévèrement au point de vue médico-légal.

La mort suit ordinairement ces blessures dans un délai très-court, quarante-huit heures en moyenne. Le médecin expert ne doit donc porter immédiatement son pronostic qu'avec beaucoup de réserve, malgré l'absence de lésions apparentes. L'existence d'une hernie le rend plus grave si le coup a porté dessus et atténue la responsabilité de l'inculpé si la déchirure siège dans l'anse herniée, car elle est ainsi particulièrement exposée au danger des violences extérieures. Un coup de poing a suffi, dans ce cas, à déchirer l'intestin, tandis qu'il eût été probablement sans conséquence s'il n'y eût pas eu hernie. (*Ann. d'hyg. publique et de méd. légale*, janvier.)

ACCOMMODATION. *Action de la rétine.* L'aptitude de l'œil à voir à diverses distances au delà ou en deçà de la limite normale de trente centimètres, point de l'acuité visuelle auquel l'œil sain distingue le mieux les objets, a fait naître bien des théories diverses, suivant les tendances physiques ou physiologiques de leurs auteurs. La faveur prédominante des théories physiques aujourd'hui a fait regarder l'adaptation des milieux réfringents de l'œil comme la plus probable. Helmholtz, l'expliquant par des changements de forme du cristallin sous l'action du muscle ciliaire supposé plutôt que démontré, la lentille devenant plus convexe quand on regarde de près, *punctum proximum*, et s'aplatissant au contraire quand on regarde de loin, *punctum remotissimum*, a rallié à peu près toutes les croyances. Et pourtant de graves objections de fait ont été opposées à cette théorie. La principale est que des opérés de cataracte par extraction ont pu voir de près et de loin avec le même verre à lunette à court foyer, c'est-à-dire convexe. D'ailleurs l'écran de la chambre noire, représentée par l'œil, étant ici formé par la rétine, membrane organisée et vivante, ne peut être assimilé ni confondu avec une toile inerte. Elle doit recevoir et renvoyer différemment l'impression des objets extérieurs suivant son état et son impressionnabilité.

M. Fano a essayé de démontrer cliniquement ce fait en

comparant l'acuité visuelle et l'accommodation aux diverses distances de six hommes amaurotiques, c'est-à-dire frappés d'atrophie blanche ou de dégénérescence des papilles optiques, avec la vision d'un homme atteint d'opacités cristalliniennes profondes avec la rétine intacte. Or, il s'est assuré qu'avec une acuité visuelle moindre que les amaurotiques, il voyait beaucoup plus loin et plus près, tandis qu'avec une acuité supérieure à droite, il voyait encore dans des limites bien supérieures, comme il le montre dans un tableau. D'où il conclut que la rétine joue, dans la vision aux diverses distances, un rôle dont on n'a pas tenu compte et qui doit être pris en sérieuse considération dans le problème de l'accommodation de l'œil aux distances. (*Journal d'oculistique*, n° 61.)

ACCOUCHEMENTS. *Acide phénique.* Basés sur quelques récentes expériences d'inoculation du sang des lochies par le professeur Kehrer, plusieurs accoucheurs allemands admettent que la fièvre puerpérale, qu'ils assimilent à la septicémie, peut être provoquée par l'absorption et la rétention du sang des lochies. Il serait d'autant plus toxique que la femme serait souffrante et que, dans l'état normal, on s'éloigne davantage de l'accouchement. De là le danger des déchirures produites par le passage de l'enfant ou les manœuvres de l'accouchement.

En vue de prévenir cette influence septique des lochies, le docteur Fehling emploie le nuage phéniqué pendant l'accouchement et les suites de couches, de préférence aux lotions phéniquées du vagin renouvelées de deux en deux heures par le docteur Bischoff, de Basle. L'huile phéniquée doit aussi être employée exclusivement pour le toucher et les manœuvres; à plus forte raison les instruments doivent-ils en être enduits. Les injections et les lavages doivent être faits avec de l'eau phéniquée. Le professeur Zweifel s'en sert même pendant la grossesse et panse les déchirures avec une pommade au 5e d'acide salicylique. Une solution au 10e avec cet acide est aussi préconisée en lotions par Fehling et employée par plusieurs autres accoucheurs.

Au lieu d'huile, de beurre ou de graisse simple, il y aurait donc lieu d'y ajouter une certaine proportion d'acide phénique ou salicylique, de même qu'à l'eau qui doit servir aux

lotions et aux injections. Cette méthode a réduit de beaucoup la mortalité des femmes en couches, suivant Bischoff, et le professeur Spiegelberg, de Breslau, dit même n'avoir eu que 5 morts sur 900 accouchements faits ainsi depuis 1874.

Emploi de l'anesthésie. Voy. ANESTHÉSIE OBSTÉTRICALE.

Accouchement gémellaire. *Entrée simultanée des deux têtes dans le petit bassin.* Cette cause de dystocie, à peine indiquée par quelques auteurs modernes, n'est pourtant pas rare. Reimann en a collecté jusqu'à 43 cas, dont un observé par lui, et 35 fois le premier enfant se présentait par le siége et le second par le sommet. C'est seulement dans ce cas que la tête du second enfant peut franchir le détroit supérieur en même temps que le cou du premier. De là l'engrènement des deux têtes et l'arrêt du premier enfant pour le dégagement de ses épaules. Cet arrêt ne se manifesta à la sortie de l'ombilic que trois fois.

L'arrêt est d'autant plus serré quand les deux faces sont tournées l'une vers l'autre, car l'engrènement se fait alors par les mentons. Le premier ne peut donc descendre ni le second remonter. Ils sont immobilisés. Et, loin d'être le résultat des tractions opérées sur le premier enfant, cet engrènement s'est toujours rencontré à la suite de son expulsion naturelle. Il ne peut donc être prévu ni empêché, à moins de reconnaître d'avance la présence des deux jumeaux et de faciliter l'expulsion rapide du premier avant la descente du second, comme cela a eu lieu dans un cas.

Cet engrènement peut encore avoir lieu lorsqu'il y a présentation des deux sommets. 8 cas s'en sont offerts. Il est alors favorisé par les grandes dimensions du bassin. Une tête étant descendue dans l'excavation, la seconde est forcée à travers le détroit supérieur, en même temps que le cou du premier enfant, et vient ainsi s'enclaver en le comprimant dans le petit bassin. Dans l'un comme l'autre cas, il résulte donc de la descente du sommet du second enfant.

De là la règle d'agir sur cette seconde tête pour lever cet engrènement, car c'est elle qui sort la première par les seuls efforts de la nature. Les tractions opérées sur la première n'ont jamais réussi ni avec le forceps ni autrement. Et cela se conçoit, puisqu'elle est la plus élevée et la moins

accessible lorsque le siége se présente et que le tronc est invinciblement arrêté par la seconde tête dans la présentation des deux sommets à la fois. D'où l'impossibilité de refouler celle-ci. C'est donc toujours sur elle qu'il faut agir, même pour la perforation du crâne. La décapitation de la première, proposée par quelques accoucheurs, ne réussit même pas à lever les difficultés pour l'extraction de la seconde. Elle n'est autorisée que si le premier enfant étant mort et l'autre vivant, la tête du premier empêche d'appliquer le forceps sur celle du second.

Dans un cas de présentation des deux sommets à la fois, qui forme le 9e de cette série sur 44 cas, Churchill se borna ainsi à soulever la première tête expulsée vers le pubis pour livrer plus facilement passage à la seconde, qui s'effectua facilement avec le reste du corps. Le premier-né fut ainsi le dernier extrait, tous deux mort-nés.

Tel est le danger de cet engrènement des têtes dans les accouchements gémellaires, que les enfants ne sont nés vivants que dans la proportion de 30 pour 100. Les premiers descendus ne survivent presque jamais par la compression qu'ils éprouvent du second, et celui-ci meurt, dans plus du tiers des cas, par suite des opérations nécessaires à son extraction. Beaucoup de ceux nés vivants succombent ensuite aux lésions subies pendant le travail. (*Amer. journal of obstetr.*, 1877.)

ADIPOSE LOCALISÉE. L'engraissement d'un membre ou de toute autre partie limitée du corps, coïncidant avec sa paralysie et son amyotrophie, est un phénomène assez curieux pour exciter et fixer l'attention. C'est une action en sens contraire et diamétralement opposée, qui éveille aussitôt l'idée d'une nutrition séparée, indépendante de tissus connexes contigus, sinon d'une innervation distincte. Et cependant on ne s'est occupé que bien vaguement jusqu'ici de ce fait assez fréquent de physiologie pathologique. L'obésité ou l'adipose généralisée et la dégénérescence graisseuse de certains organes, comme le cœur, le foie, les reins, ont seulement occupé les pathologistes, sans tenir compte des raisons ni des conditions d'émaciation ou d'engraissement du tissu conjonctif sous-cutané. On a soigneusement étudié l'innervation et l'atrophie des muscles, et on

a négligé l'hypertrophie coïncidente du tissu conjonctif sous-cutané qui les recouvre et les sépare. On s'est borné à constater cet empâtement en touchant, en pinçant ou en soulevant la peau, sans en rechercher ni les causes ni la source. C'est donc un sujet à peu près inexploré.

Le premier, le docteur Landouzy s'en est occupé d'une manière spéciale. Duchenne, qui a si bien étudié l'atrophie musculaire, avait remarqué que les téguments s'épaississaient là où les muscles maigrissaient, et il avait même l'habitude de faire des plis à la peau pour découvrir l'atrophie musculaire quand elle n'était pas très-évidente. Mais nulle part il n'a distingué ni expliqué cette différence frappante.

M. Gubler est le seul qui, dans la thèse du docteur Collette en 1872, ait signalé très-explicitement cet épaississement de la couche du tissu adipeux dans trois observations d'atrophie musculaire, suite d'arthropathie, mais non plus sans en scruter la cause.

M, Landouzy l'a observé chez un compositeur de 65 ans, entré le 9 mai 1877 pour une hémiplégie droite, suite d'apoplexie. Dès le mois de juillet, la contracture se manifeste et va en augmentant. En octobre, la maigreur des membres droits est notable, et cependant les téguments saisis entre le pouce et l'index sont manifestement plus épais qu'à gauche. De secs et lisses ici, ils sont mous, pâteux et un peu grenus à droite. Mesurés comparativement, le bras et l'avant-bras droits donnent un centimètre à deux de plus qu'à gauche, de même que la cuisse et le mollet. L'augmentation est surtout marquée à la face antérieure, et cependant il n'y a pas d'œdème, ni variation de température; mais les poils sont plus longs à droite qu'à gauche.

Après la mort, survenue le 20 octobre, les mensurations donnent une augmentation de plus du double des membres droits sur les gauches, et l'examen et la dissection montrent que cette différence d'épaisseur est entièrement due au tissu cellulaire sous-cutané surchargé de graisse. Toute la couche sous-cutanée est plus épaisse et d'un jaune plus franc, plus intense à droite qu'à gauche. Le microscope y constate des cellules adipeuses réunies en forme de grands îlots cloisonnés par des vaisseaux remplis de sang et séparés

par des tractus de tissu conjonctif. Au contraire, l'aspect des muscles est le même; mais on constate, dans ceux de droite, l'atrophie d'un certain nombre de faisceaux musculaires dont la striation est nettement conservée.

L'épaississement des téguments, coïncidant avec l'amyotrophie secondaire, est donc constaté ici avec précision, microscopiquement et histologiquement. M. Landouzy l'a remarqué de même dans huit observations de sciatique rebelle avec atrophie musculaire qu'il rapporte ou dont il indique la source. Il l'a observé aussi sur les membres supérieurs dans un cas de contracture symptomatique d'une hémorrhagie cérébrale, dans un cas de névrite symptomatique d'une pachyméningite verticale et d'une arthropathie de l'épaule.

Au contraire, cet épaississement, cet engraissement du tissu cellulaire sous-cutané ne se rencontre pas dans l'atrophie musculaire progressive. Les photographies de Duchenne en témoignent, et deux hommes observés comparativement à la Charité n'en ont pas offert de traces. Mais cette modification tégumentaire a été rencontrée parfois conjointement avec l'amyotrophie de la paralysie infantile. Deux cas en ont été constatés aux Enfants malades et chez une jeune fille, mais il manque sur d'autres.

Il coïncide aussi souvent avec l'atrophie musculaire des arthropathies, contrairement à l'opinion de M. Valtat qui a élucidé cette lésion secondaire. (Voy. *année* 1877.) Outre les trois observations consignées dans la thèse du docteur Collette et celle de M. Rendu, où il est dit que le tissu cellulaire adipeux de l'avant-bras était épaissi, ce qui augmentait d'autant l'atrophie musculaire, plusieurs cas en ont été signalés par M. Castex dans le service du professeur Trélat.

C'est donc là un signe important à étudier en clinique, puisque cette adipose localisée peut atténuer ou masquer l'atrophie musculaire et peut même, en certains cas, servir à en élucider le diagnostic et la variété.

Il reste à en déceler la cause. Loin de voir là un exemple de la loi des *compensations organiques*, qui reporte hypothétiquement le défaut de nutrition et d'exercice musculaire au tissu sous-cutané environnant, en raison du repos auquel il est condamné, l'auteur s'applique à montrer que cette interprétation théorique est contredite par les faits. Il n'y a pas de rapport proportionnel entre l'adipose sous-cutanée

et l'atrophie musculaire, car la ruine de celui-ci peut être complète, comme dans l'atrophie musculaire progressive, sans que le tissu conjonctif s'adipose. Et cette surcharge graisseuse, quand elle s'en empare, ne vient pas de l'immobilité imposée à ce tissu par l'amyotrophie, la paralysie, ni la contracture, comme trois cas de sciatique avec atrophie musculaire et engraissement en déposent. L'usage du membre a d'autant moins manqué dans le premier que le repos, la station assise provoquait la douleur. Dans le second (distributeur d'imprimés), l'adipose existait sur le membre inférieur, valide quoique atrophié, et manquait sur le membre supérieur, que la tonicité des fléchisseurs fixait dans une immobilité presque complète. Enfin, dans le troisième, la marche, quoique difficile, n'a jamais cessé, et la malade, atteinte de parésie et de maladresse brachiale, se servait toute la journée de ses mains, ce qui n'a pas empêché l'adipose de se développer plus au bras qu'à la jambe.

L'exercice ou le repos n'ont donc pas d'action sur cet excès, cette suractivité de nutrition du tissu conjonctif sous-cutané. Les lésions des nerfs ou de la moelle, sous l'influence desquelles elle se manifeste, semblent indiquer un simple trouble trophique. Comme l'amyotrophie, l'adipose résulterait, suivant M. Landouzy, d'un trouble de l'innervation centrale ou périphérique. Mais ce n'est là qu'une vue de l'esprit, car on ne sait encore ni pourquoi ni comment le tissu conjonctif sous-cutané reste finement aréolaire sur un membre, tandis qu'il est pénétré, distendu par des globes adipeux qui en doublent ou triplent l'épaisseur sur le membre homologue. Tout ce que l'on peut dire de ces obésités partielles, locales, c'est qu'elles coïncident toujours avec des lésions nerveuses. Dans un cas de névralgie faciale, Neucourt constate que tout le côté malade est plus volumineux que l'autre, sans qu'il y ait fluxion. Dans une névralgie invétérée du trijumeau, O. Berger observe une hypertrophie de la moitié correspondante de la face portant exclusivement sur les parties molles et spécialement sur le tissu cellulaire sous-cutané. Dans une névralgie sous-orbitaire datant de dix-huit ans, Bellingeri signale également un développement considérable des régions frontale et pariétale du même côté. Après section du nerf orbitaire, la névralgie guérit et *l'hypertrophie disparut*. Weir Mitchel

a vu aussi la blessure du nerf entraîner l'hypertrophie du tissu conjonctif. Dans une paralysie avec atrophie musculaire par section traumatique complète du nerf sciatique, M. Heurtaux constata un empâtement plus ferme que l'œdème à la jambe, sur laquelle la pression soutenue ne laissait qu'une légère empreinte.

Rapportés comme des exemples de troubles trophiques, ces faits, collectés par l'auteur, tendent ainsi à faire assimiler à des tropho-névroses ces adiposes partielles, localisées. Elles semblent bien en effet sous la dépendance du système nerveux. Mais comment admettre que celui-ci produise à la fois l'atrophie des muscles et l'hypertrophie du tissu adipeux? Cette dissociation pathologique évidente, manifeste, ne peut résulter que d'une action contraire, opposée, un processus différent. Ce sont là comme des effets de l'*irritation* du système nerveux et ceux de sa *cessation d'action* de Brown-Séquard. Mais où sont les organes, les centres différentiels, les fils conducteurs de ces manifestations? Telle est l'énigme sur laquelle il serait superflu de disserter et que de nouvelles études cliniques et anatomiques pourront seules élucider. (*Rev. mensuelle de méd. et chir.* n° 1.)

De l'adipose sous-cutanée dans ses *rapports* avec les atrophies musculaires; valeur séméiologique de ce signe, par le docteur J. Vergnes. In-8.

ALCOOLISME. *Tremblement.* M. Lauder Brunton combat ce symptôme grave par le mélange suivant :

℞	Teinture de noix vomique.....	15 gouttes
	Perchlorure de fer.....	20 —
	Alcool.....	Q. S.

L'usage d'un mélange de bismuth et de magnésie est parfois nécessaire si l'estomac ne tolère pas bien cette solution. On l'accompagne en outre de 50 centigrammes à un gramme de bromure de potassium le soir en se couchant quand il y a insomnie ou si le tremblement persiste. On l'additionne même avec avantage de 15 gouttes de teinture de capsicum pour combattre le désir insatiable des boissons alcooliques. (*The Practitionner.*)

De l'usage et de l'abus des alcooliques dans l'armée et dans la classe aisée, par le docteur A. Jansen, médecin de régiment ; brochures in-8°, Anvers.

Après avoir montré, dans un travail spécial, *l'influence de l'usage et de l'abus des alcooliques sur la santé des ouvriers*, l'auteur s'est occupé de la même étude dans l'armée et dans la classe aisée ou plutôt les gens du monde, comme on dit. On pouvait croire qu'il s'agissait là spécialement de la Belgique et que des recherches particulières allaient nous révéler ce qui s'y passe à cet égard. Il eût été intéressant de savoir si, par son voisinage de la France, ce pays participait à son goût du vin, ou si l'usage national de ses bières diminuait ou augmentait l'alcoolisme dans les divers rangs de la société. Rien de particulier ni de spécial à ce pays n'est visé, au contraire, sinon la composition de ses bières. Ce ne sont là que comme les échos affaiblis de la croisade faite contre l'alcoolisme en France à la suite de la guerre et de la Commune. Tout y est dit et fait à un point de vue général, aussi bien pour les précautions à prendre que pour les réformes à accomplir et les moyens à employer. C'est un résumé synthétique de tout ce qui a été dit et fait à ce sujet.

Sans doute ces travaux de vulgarisation ont toujours leur utilité. Le fléau de l'alcoolisme ou plutôt le vice de l'ivrognerie est encore trop répandu et fait assez de ravages et de victimes parmi nous pour qu'il soit utile d'en signaler les dangers, les périls et les redoutables effets. Il y a toujours profit à en retirer. Mais des recherches, des investigations, des propositions nouvelles, c'est-à-dire des travaux originaux, ne sont-ils pas indispensables pour entretenir la ligue qui s'était spontanément formée à cet égard ? Déjà l'enthousiasme qui s'était manifesté de toute part en France s'est refroidi. L'indifférence semble y avoir fait place, et l'on ne s'occupe plus guère de cette plaie sociale, comme l'indique la pénurie des travaux cette année. A peine si les lois édictées contre elle sont appliquées. On ne voit plus guère d'ivrognes conduits au poste, et les condamnations ont ainsi diminué, bien que l'on rencontre toujours ici et là des individus titubant et passibles de la loi.

C'est que le zèle, même dans les plus utiles réformes, se soutient difficilement en France. Avec notre caractère im-

pressionnable et versatile, on passe trop facilement d'une idée à l'autre ; nous ne soutenons pas nos efforts avec assez de persévérance, et les meilleures choses, les plus fécondes idées sont ainsi abandonnées. De là le relâchement de la ligue contre l'alcoolisme et la mortalité des nourrissons. Et cependant ce n'est rien que d'entreprendre une œuvre pour ne pas la conduire à bien. Aussi faisons-nous des vœux pour que les efforts de M. Jansen aboutissent aux meilleurs résultats.

ALIÉNATION MENTALE. *Hérédité.* Sur 1072 aliénés admis à l'asile de Bethlem, du 1er janvier 1872 au 1er novembre 1876, 375 avaient des aliénés dans leur famille, dont 143 hommes et 232 femmes, 65 avaient leur père aliéné et 84 leur mère. L'hérédité maternelle est donc la plus grave. 20 pour 100 de ces aliénés avaient aussi des parents phthisiques. (*Guy hosp. reports,* 1877.)

Cette proportion pourrait être beaucoup moindre dans un asile aux portes d'une grande ville, où tous les aliénés sont reçus indistinctement pour l'observation, comme à Sainte-Anne. L'hérédité doit se rencontrer plus fréquemment chez les aliénés transférés dans un asile éloigné. Ce serait une comparaison utile à faire.

Monomanie homicide. Cette forme spéciale de folie, que les plus célèbres aliénistes français, Esquirol, Georget, Marc, ont surtout contribué à édifier, n'existe pas comme espèce distincte, suivant le docteur Blanche; l'homicide peut être commis par tous les aliénés ayant des crises d'excitation dite congestive assez intenses pour n'en pas rester à la volonté et aller jusqu'à l'acte. L'alcoolisme et l'épilepsie provoquent le plus souvent ces crises, mais le délire de persécution, la monomanie suicide, les affections cérébrales congénitales ou acquises, peuvent aussi les provoquer et déterminer l'homicide. Ces crises doivent donc toujours éveiller la défiance du médecin et lui faire prendre des mesures de précaution, lors même qu'elles se dissipent une ou plusieurs fois sans manifestations violentes ou des tentatives de meurtre. (*Acad. de méd.*, mai.)

Morel avait déjà émis cette opinion que les cas de monomanie homicide doivent être très-rares et que les exemples

les plus authentiques méritent encore d'être revus. Dans ses *Lumleian* leçons sur la folie dans ses rapports avec la médecine légale, le docteur Bucknill est non moins explicite pour nier cette forme. Après avoir rappelé les plus célèbres assassins anglais, Morningside, Pownall et Bisgrove, acquittés comme aliénés, il ajoute : « J'ose affirmer qu'il n'y a pas d'exemple de monomanie homicide sans délire ou de folie impulsive à tuer dont on puisse trouver des cas dans nos asiles sans aucun autre symptôme d'aliénation. Je n'en ai jamais rencontré un dans toute ma carrière, ni mes deux collègues, les docteurs Crichton-Browne et Orange, directeur de Broadmoor. Ce trio d'observateurs forme un champ d'expérience si étendu de la folie dans ses différentes formes, que cet exemple n'aurait pu leur échapper. Nous en arrivons donc à conclure, comme le docteur Morel, le plus capable des aliénistes français, que la folie homicide ou l'impulsion à tuer n'est due qu'à une observation imparfaite qui n'a pas su découvrir le dérangement réel ou reconnaître un véritable criminel ». (*Lancet*, n° 16.)

Des homicides commis par les aliénés, par le docteur E. Blanche, de l'Académie de médecine ; un vol. in-8, Paris.

AMPUTATIONS. *Broiement circulaire*. M. le professeur Gaujot, du Val-de-Grâce, a repris les essais déjà tentés de ce mode d'ablation des membres, dont on comptait 4 à 5 exemples avec l'écraseur linéaire. En modifiant le constricteur ou serre-membre spécialement à cet effet et en créant, par ses expériences et ses observations cliniques, un procédé opératoire spécial pour chaque amputation, qu'il figure par de très-belles planches, il a donné à cette méthode une précision qu'elle n'avait pas. Ses effets et ses propriétés hémostatiques surtout sont mis hors de doute par 9 amputations de cuisse pratiquées pour des tumeurs blanches ou des arthrites suppurées du genou, dont 5 sur des enfants à l'hôpital spécial, qui tous ont guéri, et les 4 autres dans le service clinique de l'auteur, sur de jeunes soldats dont un seul est mort par ostéomyélite et phlébite suppurée. Ce sont donc là des témoignages précieux en faveur du broiement, dans les cas où le sang doit être épargné et où la pyohémie ou infection purulente est à redouter.

L'ablation peut ainsi être faite à blanc, même dans les tissus morbides, sans nécessité d'aides spéciaux, ni de pinces, ni de ligatures, ce qui est fort à propos dans certains cas. Mais la suppuration longue des tissus comprimés, la phlébite et la lymphite possibles par la cicatrisation lente de la plaie sont des inconvénients qui atténuent ces avantages. Il y a de plus le danger que le constricteur ou le fil métallique se brisent, que l'hémostase soit incomplète, que l'anesthésie ne soit prolongée par la durée du broiement et que l'ébranlement qui en résulte ne soit plus profond et général que par l'instrument tranchant. Enfin, il y a aussi à redouter l'ostéo-myélite et le tétanos. Ce qui, de l'aveu même de l'auteur, rendra toujours ce procédé exceptionnel, malgré les perfectionnements dont il est susceptible. (*Archiv. de méd.*, août, septembre, octobre.)

Amputation du col utérin. *Thermo-cautère.* M. Delore trouve un grand avantage à l'employer de préférence au bistouri. L'opération est beaucoup plus simple. Après avoir attiré l'utérus fortement en bas, et s'être assuré de la position de la vessie par le cathétérisme, il dissèque avec le thermo-cautère comme avec l'instrument tranchant, en séparant l'utérus de la vessie et en sectionnant le col le plus profondément possible. L'opération est exsangue, sauf dans la région vaginale inférieure qui donne un peu de sang. 20 à 25 minutes suffisent ainsi, sans qu'aucun accident se soit manifesté. Ils uffit de pratiquer le tamponnement, d'observer un repos absolu et de sonder l'opérée pendant les trois ou quatre jours consécutifs.

L'emploi de ce nouvel instrument réalise donc un grand progrès par son action hémostatique. Il prévient les hémorrhagies et contribue, par les cicatrices qu'il provoque, à la guérison du rectocèle ou du cystocèle. Sa chaleur rayonnante excessive en est le seul inconvénient. (*Soc. des sc. médicales*, novembre 1877, et *Lyon méd.*, n° 1.)

ANÉMIES. Howard les distingue ou plutôt les divise, suivant les états, sinon les causes qui y donnent lieu, en huit séries, selon qu'elles se montrent pendant la grossesse ou après l'accouchement, pendant l'évolution de la puberté ou consécutivement à la diarrhée chronique, à des pertes de sang

répétées, à la dyspepsie, à de mauvaises conditions hygiéniques et surtout la mauvaise nourriture, à l'ictère. Toutes les autres causes sont reléguées en masse dans une neuvième série.

Envisagée de la sorte, l'anémie n'est plus une maladie, mais un symptôme qui peut se présenter dans une foule de cas. Elle n'est donc pas comparable alors avec l'anémie essentielle, idiopathique, progressive, sinon pernicieuse, qui semble avoir pour cause une altération de l'hématose ou des organes hémato-poiétiques. La curabilité en est la principale différence.

Chez quatre anémiques, Quincke a trouvé beaucoup de fer dans le foie et parfois dans les reins et le pancréas. Sa quantité s'élevait de 1 gr. 37 à 7 gr. 09. C'est donc là une véritable sidérose hépatique, comme Zenker l'a appelée.

Bien qu'il ait rencontré très-fréquemment du fer à l'état normal chez les animaux, l'auteur ne croit pas qu'il vienne du dehors. Il est le résultat pour lui de la destruction des globules rouges, surtout chez les anémiques. Et quand le foie en contenait plus que le sang dans sa masse totale, soit 3 grammes, il admet une résorption anormalement augmentée, une sorte d'emmagasinement du fer, provenant d'une altération dans la composition des sucs digestifs. (*Centralblatt*, avril.)

Bruit de souffle anémo-spasmodique. Signe confirmatif de l'anémie, il mérite d'être connu et distingué des autres. (Voy. Cœur.)

Anémie progressive. On s'accorde de plus en plus à la repousser comme entité pathologique, ou maladie distincte, à l'exemple des auteurs français qui se sont prononcés catégoriquement à cet égard, notamment M. Lépine. Rien n'est pathognomonique dans cette affection, dit le docteur Brissaud, s'en référant aux mêmes raisons. (*The Doctor*, février.)

En effet, malgré ses caractères distinctifs cherchés surtout dans la moelle des os, aucun observateur ne s'est accordé à les rencontrer. Le professeur Osler, de Montréal, qui les avait constatés dans un cas, en relate un second où ils n'existaient pas. C'était chez une fille de 20 ans dont la sensibilité du

sternum était la seule lésion osseuse. Le sang contenait beaucoup de microcytes et de grosses cellules colorées, sans nucléole, mais aucune avec les globules élémentaires de Schultze. C'est le cinquième cas où il n'a pu en constater la présence, bien que très-abondants dans l'anémie ordinaire et les autres états cachectiques. (*Lancet*, 3 août.)

Dans deux cas d'anémie progressive, Howard n'a pas rencontré davantage les lésions de la rate ni de la moelle, et il insiste sur l'absence ordinaire de ces lésions.

Chez une tisseuse de 21 ans, accouchée normalement quatre mois auparavant, l'anémie fut si progressive que cette fille succombait six semaines après son entrée à l'hôpital. M. Boucaud ne trouva à l'autopsie, outre une pleurésie intercurrente, qu'un cœur graisseux, si flasque qu'il s'aplatit sur la table ; foie volumineux, mou, couleur beurre frais, gros reins blancs comme dans la maladie de Bright ; *rate normale*. (*Lyon méd.*, n° 38.)

Sur 11 cas d'oligocythémie aiguë ou chronique, observés par le docteur Sorensen à l'hôpital communal de Copenhague, — 7 hommes et 4 femmes, — tous ont succombé, malgré la transfusion du sang faite dans un cas. De là son extrême gravité.

La couleur pâle du sang, d'une transparence extrême, et la diminution des globules au quart et même au douzième du nombre normal et son décroissement progressif ont suffi à établir le diagnostic. Le dernier examen, précédant la mort, ne donnait plus que 0,79 à 0,45 millions de globules par millimètre cube. Moins d'un demi-million de globules rouges par millimètre cube a été le minimum indispensable pour faire pronostiquer une mort certaine et prochaine.

La déformation des globules normaux et des globulins, ainsi que leur pâleur, est aussi un signe constant. Le sérum a été trouvé alcalin, comme à l'état normal, et son influence est nulle sur les globules sains.

Les symptômes les plus saillants ont été des troubles anémiques et gastriques, un teint pâle et jaunâtre non ictérique, un certain embonpoint malgré la débilité prononcée, des bruits de souffle dans le cœur et les vaisseaux du cou, des hémorrhagies rétiniennes constantes avec des accès de fièvre de caractère irrégulier et d'origine inconnue.

L'autopsie dans 9 cas a révélé une anémie générale avec dégénérescence granuleuse du tissu glandulaire, du foie, des reins et des capsules surrénales, la dégénérescence graisseuse du cœur et de la membrane interne de l'aorte avec hémorrhagie des capillaires, altérations qu'il attribue simplement à la mauvaise nutrition des tissus résultant de la pauvreté du sang. (*Nordiskt med. Arkiv*, n° 25, 1877.)

Un cas en a aussi été observé à l'hôpital de Londres, au mois de septembre dernier, par le docteur Mackenzie chez un écolier de 10 ans dont le père, la mère, les frères et sœurs étaient très-bien portants. Un mal d'oreille avec écoulement en marqua le début. La progression du mal fut lente et insidieuse, mais continue, malgré le fer et l'arsenic. L'enfant mourut en pleine connaissance.

L'autopsie montra une pâleur cireuse de tous les tissus, et la numération des globules du sang contenu dans le ventricule droit ne donna que 1,940,000 globulins rouges par millimètre cube, soit 38,9 pour 100 seulement de la quantité normale. Hémorrhagies rétiniennes très-marquées avec une double névrite optique, ce qui, joint à la céphalalgie et à la surdité, a obscurci le diagnostic. (*Lancet*, 5 janvier.)

Anémie cérébrale. *Injections morphinées.* Qu'elle soit purement nerveuse ou causée par la perte du sang ou une maladie longue, qu'elle détermine la dyspnée, des crises gastralgiques ou un affaiblissement des contractions du cœur, l'opium est indiqué par son action congestive du cerveau. Par leur effet profond et instantané, les injections de morphine méritent la préférence. (Voy. *ce mot.*)

Anémie des mineurs. *De l'anémie des mineurs dite d'Anzin*, par le docteur Manouvriez. Mémoire couronné par la Société de médecine de Saint-Étienne et de la Loire. Paris, gr. in-8 de 247 pages.

Le point important et original de ce travail est la preuve que la cause de cette anémie est l'intoxication par les produits dérivés de la houille. Telle est la teinte jaune caractéristique de la peau et des sueurs et les éruptions même qui s'observent chez les ouvriers qui travaillent en dehors des mines l'aniline, la benzine, l'acide phénique, l'amylène, la coralline, produits qui se trouvent dans la houille. Les

nausées, les vomissements, l'embarras gastrique, les douleurs abdominales, le météorisme, les selles vertes et noires ont également moins de rapport avec l'anémie qu'avec l'intoxication. Les palpitations elles-mêmes sont plus violentes qu'à la suite de l'hypo-globulie ainsi que l'anxiété précordiale et les douleurs thoraciques rattachées à ce phénomène. La céphalalgie, la photophobie, l'amblyopie, les convulsions tétaniques, le trismus s'expliquent aussi par cet empoisonnement, dont il suffit de faire cesser la cause pour que ces effets disparaissent, si l'intoxication n'a pas produit des lésions organiques irréparables. Ce n'est donc plus l'anémie qu'il faut dire, mais l'empoisonnement des mineurs.

De l'anémie et spécialement de l'anémie chez les mineurs, par le docteur Fabre, médecin des mines de Commentry. In-8°, Paris.

En dehors des causes générales, comme l'absence d'air, il y a aussi sa viciation, qui varie selon le minerai exploité. C'est pourquoi le danger de l'anémie varie suivant les mines. L'auteur en distingue ainsi les différentes causes avec les moyens de les atténuer ou de les éviter. C'est un véritable traité de cette anémie spéciale et toute professionnelle.

ANESTHÉSIE. Recherchant expérimentalement l'action des anesthésiques, Binz admet que la morphine, le chloral, l'éther et le chloroforme agissent par leur affinité avec la substance grise de l'écorce cérébrale en en produisant la coagulation. Introduits dans le sang, ils se combinent avec cette substance en s'opposant à la désagrégation de la partie vivante et à l'accomplissement de ses fonctions, tandis que d'autres agents chimiquement identiques ne possèdent pas ce pouvoir. (*Archiv f. experim. pathol.*, 1877.)

Malgré l'obscurité de cette conception vague, Kanke y donne son assentiment, d'après ses expériences sur les grenouilles. Il a vu le chloroforme, l'éther, l'amyle, s'opposer à toute contraction du muscle, par l'irritation des nerfs moteurs, comme dans l'empoisonnement avec le curare, bien que le tissu musculaire réagisse à une stimulation directe et que les courants restent constants en force et en direction. Dans la dernière période de l'anesthésie, ce tissu ne répond plus aux plus puissants courants, quoique sa

force électro-motrice reste intacte. Plus tard, tout le tissu musculaire et le corps passent à l'état de rigidité. Bien plus, une solution d'albumine cérébrale ou de myosine musculaire dans de l'eau salée est précipitée par la vapeur des trois anesthésiques. Donc leur pouvoir de produire la rigidité musculaire dépend de la coagulation de la myosine.

Des expériences additionnelles ont aussi démontré à Kanke que l'éther, l'amyle, le bromoforme, les bromhydrates injectés dans les artères produisaient, comme le chloroforme et le chloral, la rigidité musculaire, tandis que le tannin, le sulfate de cuivre, le chlorure mercureux, le sulfate de fer ou les alcools de vin n'amenaient que de fortes contractions fibrillaires, la coagulation du sang et la mort sans rigidité. L'iodoforme seule, en solution dans l'éther, l'amène plus rapidement que l'éther seul. C'est l'unique exception, car l'iodoforme n'est pas anesthésique, peut-être en raison de son insolubilité, tandis que les solutions de morphine n'ont jamais amené la rigidité musculaire. (*Centralblatt*, 1877.)

Il est curieux et instructif de montrer la méthode employée par les Allemands pour constituer ainsi leurs théories. Quelle analogie y a-t-il entre la coagulation de la myosine et celle des cellules cérébrales et l'effet transitoire, instantané de l'anesthésie avec l'injection dans le sang de semblables poisons? Il faut donc attendre que le rapprochement soit connu pour conclure.

Injections morphinées. Leur action adjuvante de l'anesthésie par le chloroforme, soit pour en prévenir les accidents, soit pour en neutraliser les dangers, comme elle est exposée en 1864 et 1872, en fait étendre les indications au professeur Konig. Outre les ivrognes avérés, chez lesquels elles sont indiquées, il y a beaucoup d'individus qui font un usage habituel des boissons fermentées et chez qui il est aussi prudent d'y recourir. Ceux qui offrent des états spasmodiques, surtout de nature toxique, doivent y être soumis, comme ceux qui présentent des accidents de nature douteuse rendant le sommeil anesthésique plus difficile.

Elles sont surtout indiquées dans les cas où la longueur de l'opération ne permet pas une inhalation continue, ré-

gulière, ou en fait redouter les mauvais effets. Elles procurent alors une analgésie qui dure plus longtemps que la chloroformisation. Sans perdre entièrement le sentiment, les opérés demeurent alors très-abattus et perçoivent les impressions sensitives très-imparfaitement.

Une statistique de plus de 7,000 cas de ce mode d'anesthésie, sans un seul malheur, en démontre l'innocuité. (*Centralblatt für chir.*, n° 30, 1877.)

Ethérisation mortelle. Une femme de quarante-huit ans, bien constituée, fut soumise à l'influence de l'éther pour l'opération de synéchie postérieure complète de l'œil gauche. Elle se réveilla rapidement et fit bientôt des efforts inutiles pour vomir, puis tomba sans connaissance. La figure était cyanosée, la respiration embarrassée, la peau couverte de sueur; pouls rapide, mou; 120 pulsations. Au bout de quatre heures, l'état de la malade s'était amélioré; elle avait repris connaissance et répondait aux questions qu'on lui adressait par des mouvements de la tête. Hémiplégie gauche; incontinence d'urine. Le lendemain, elle semblait mieux; mais, le surlendemain, elle succomba.

A l'autopsie, hémorrhagie sous-arachnoïdienne, située à la surface supérieure de la portion moyenne de l'hémisphère gauche. Foyer hémorrhagique dans le ventricule latéral droit; ramollissement et destruction de la couche optique et du corps strié. Dégénérescence athéromateuse des artères de la base du cerveau. D'où l'indication pour M. Mathewson de s'abstenir des anesthésiques chez les malades dont les vaisseaux sont lésés. (*Revue des sc. méd.*, juillet.)

Acide phénique. La solution en lavement a été suivie d'une anesthésie prolongée, chez un garçon de 4 ans atteint d'une diarrhée sanguinolente, sinon de dyssenterie. Deux grandes cuillerées d'acide phénique mises dans deux pintes d'eau furent injectées aux trois quarts, par le docteur Putnam, pour laver le côlon. Aucune douleur n'en résulta, mais bientôt l'enfant devint engourdi et contracturé. Respiration superficielle à 30; pouls à 168, tombant à 120 pendant les deux heures suivantes. Des grandes injections furent faites dans l'intestin, jusqu'à ce que l'eau en sortit sans odeur; des injections hypodermiques d'alcool furent

pratiquées, sans provoquer aucune réaction musculaire. Néanmoins, ce ne fut que deux heures après que la connaissance se manifesta par quelques mots, puis le malade s'endormit deux heures ensuite très-naturellement et il était le lendemain aussi bien que jamais. Un empoisonnement n'est donc pas à supposer. (*Soc. méd. de Boston*, avril.)

Protoxyde d'azote. D'après quelques expériences de M. P. Bert, on pourrait se servir pour l'anesthésie d'un air contenant 50 0/0 de protoxyde d'azote, à condition de le soumettre à une pression de deux atmosphères, tandis qu'à la pression ordinaire, il faut l'employer pur, ce qui produit nécessairement l'asphyxie. M. Bert se propose de continuer ces expériences ; il serait en effet très-avantageux de pouvoir généraliser l'emploi de cet anesthésique, qui n'agit pas sur le cœur comme l'éther et surtout le chloroforme. (*Acad. des sc.*)

Chloroformisation par les dentistes. A la suite des déplorables accidents arrivés en Amérique par cette pratique, la jurisprudence professionnelle tend à se fixer et à devenir plus sérieuse. Au lieu du simple verdict de *mort par syncope pendant l'administration du gaz chez un sujet atteint de dégénérescence graisseuse du cœur*, rendu à Manchester l'année dernière (Voy. *année* 1877), un verdict plus juste et satisfaisant a été rendu à Philadelphie dans un cas semblable, grâce à l'adjonction de cinq médecins sur les six membres du jury. Il s'agissait d'une dame de trente-quatre ans, du comté de Montgommery, qui vint à Philadelphie pour se faire arracher une dent. Étant d'une santé délicate depuis quelque temps, elle était effrayée de se soumettre au chloroforme, et ce n'est que sur l'assurance du dentiste qu'il n'y avait pas de danger qu'elle y consentit. Il lui en fit donc inhaler, sans examiner le cœur ni l'aide de personne, la patiente étant assise dans son fauteuil. Une minute ne s'était pas écoulée que cette femme ne respirait plus, comme un médecin le constata aussitôt. A l'autopsie, un cœur gras fut découvert. Le jury conclut qu'Élizabeth Neely était morte le 29 mars 1878, au numéro 224 de la dixième rue du Nord, par le chloroforme administré par le docteur Winslow, et qu'il était coupable d'ignorance en employant un remède si actif

sans aucun examen de la patiente. Une punition a donc dû s'ensuivre. Cette sentence est d'un utile enseignement. (*Med. and surg. Reporter*, 16 mars.)

Il est vrai qu'en France, muni du diplôme de docteur comme Winslow, un dentiste n'encourrait aucune responsabilité. Mais en est-il qui commettraient une faute aussi lourde?

D'après la loi récente qui règle l'exercice de l'art dentaire en Hollande, il est également défendu aux dentistes, malgré les justes garanties de savoir et d'habileté exigées d'eux par des examens, d'employer des remèdes anesthésiques, chloroforme, protoxyde d'azote, etc., sous peine d'emprisonnement d'un à six mois, et d'une amende de 25 à 100 florins. La prescription de remèdes internes et la vente de médicaments autres que les poudres, élixirs et autres dentifrices leur sont également défendues.

Le dentiste Privat, du Gros-Caillou, traduit en police correctionnelle pour avoir chloroformisé ses patientes, a été condamné à deux amendes de 15 francs pour exercice illégal de la médecine par jugement de la 8e chambre. C'est donc reconnaître implicitement que les dentistes, en France, ne sont pas autorisés à employer l'anesthésie.

L'inhalation du *nitrite d'amyle* a suffi tout récemment en Angleterre à prévenir la mort d'une femme de 49 ans soumise à la chloroformisation pour l'ablation d'une tumeur graisseuse. Elle se montrait quelque peu réfractaire à s'endormir après la période d'excitation lorsque, soulevant la tête et faisant un effort de vomissement, cette femme poussa un soupir, le pouls s'arrêta, et les lèvres se couvrirent d'écume. On projeta de l'eau froide, on attira la langue au dehors en pratiquant la respiration artificielle sans succès. Quelques gouttes de nitrite d'amyle versées sur un linge furent alors placées sous le nez, et, en moins de dix secondes, la face rougit, le pouls se rétablit ainsi que la respiration. (*British med. journ.*, août 1877.)

On peut se demander si l'arrêt du cœur, dans ce cas, était sous l'influence des contractions de l'estomac, du vomissement ou de l'intoxication chloroformique. En tout cas, il est difficile de juger si le retour de la connaissance a été spontané ou dû au nitrite d'amyle, en communiquant une impulsion soudaine à la circulation, bien que ce liquide offre un

nouveau moyen d'action précieux au chirurgien pour conjurer les accidents foudroyants.

Anesthésie généralisée. *Siége.* Chez un malheureux journalier de 32 ans, épileptique depuis cinq ans par le chagrin d'avoir perdu sa femme et ses enfants et dix ans après une chute sur la tête d'un troisième étage, le docteur Meynet constata une insensibilité cutanée absolue de toute la surface du corps, à la douleur et à la chaleur, si ce n'est dans les plis interdigitaux, où elle est un peu moindre. Motilité conservée, quoique affaiblie, aux membres supérieurs. Strabisme droit avec affaiblissement de l'ouïe de ce côté, odorat nul, goût aboli, tact imparfait.

Le malade parle et raisonne; il n'est donc pas aliéné. Cette anesthésie est-elle due à l'épilepsie? M. Meynet est disposé à en placer le siége dans les pédoncules cérébraux ou dans la protubérance elle-même, d'après le siége des impressions sensitives qu'y place M. Vulpian et les recherches anatomiques de M. Conty, qui, dans cinq faits d'anesthésie généralisée suivis de mort rapide, a découvert une lésion étendue de la protubérance annulaire des deux côtés du mésocéphale. D'autres observateurs ont aussi rencontré des lésions bulbaires unilatérales et même du cervelet et du pédoncule cérébelleux inférieur. C'est ainsi que, dans une anesthésie prédominante à gauche, M. Clément rencontra à l'autopsie une tumeur entre les deux pédoncules, qui étaient presque complétement détruits des deux côtés.

Des lésions des pédoncules cérébraux dans le trajet de leur passage dans la protubérance, sinon de la protubérance elle-même, peuvent donc seuls expliquer ces étranges phénomènes. (*Lyon méd.*, n° 20.)

Anesthésie obstétricale. Elle tend décidément à entrer dans la pratique courante, en France comme en Angleterre, au moins celle des jeunes maîtres. Elle ne pouvait s'y naturaliser tant que M. Campbell a été seul à l'employer dans sa pratique privée contre l'enseignement officiel de la Faculté et la pratique hospitalière. Mais depuis que M. Tarnier s'est déclaré franchement en sa faveur, en montrant qu'il l'emploie fréquemment avec succès à la Maternité, malgré la réprobation de ses maîtres, d'autres ont imité son exemple.

Renchérissant sur lui, M. Lucas Championnière, chargé du service obstétrical de l'hôpital Cochin, arrive même à en formuler les règles d'emploi, d'après un grand nombre d'applications en ville et à l'hôpital, et à ne plus voir de contrindications de son usage.

L'habitude de l'anesthésie chirurgicale a seule pu faire méconnaître la réalité et les bienfaits de l'anesthésie incomplète et prolongée des femmes en couches. Sans avoir la régularité que certains observateurs lui attribuent, elle est soumise à des variations suivant les dispositions individuelles et la quantité de choloforme, ainsi que la période du travail à laquelle on en commence l'emploi. Au début, quelques gouttes versées sur un mouchoir, que la femme porte elle-même à son nez et respire de temps en temps quand elle sent venir les douleurs, suffisent à en affaiblir tellement l'acuité, qu'elle ne crie ni ne se plaint et s'occupe du public qui l'entoure. Elle s'anesthésie ainsi elle-même, sans perdre connaissance, jusqu'à la dilatation complète. Un appel plus pressant au chloroforme est ordinairement le signe que la tête est à la vulve, et l'on peut alors ou en augmenter la dose, ou le cesser pendant cette dernière période; quelques grammes sont à peine nécessaires en pareil cas. C'est probablement ainsi qu'il a été primitivement administré à la reine Victoria.

Il n'en est pas de même lorsque le chloroforme n'est administré qu'après plusieurs heures de souffrances. Les femmes n'accusent alors de bien-être que s'il est donné plus abondamment. Une tendance à l'assoupissement a lieu sans perte de connaissance. On les entretient ensuite dans cet état avec des doses très-minimes; mais il faut continuer à les renouveler fréquemment pour les conduire jusqu'à la délivrance sans souffrir.

Il faut encore donner d'emblée une plus grande quantité de chloroforme jusqu'à assoupissement complet quand le travail débute seulement après la rupture de la poche des eaux, que l'utérus est dur et contracturé ou que le travail est très-avancé. Ce n'est pas encore l'anesthésie chirurgicale avec perte entière de la connaissance; mais, en la prolongeant ainsi pendant 15 à 20 minutes, on peut l'entretenir jusqu'à la délivrance avec de faibles quantités, sans que la femme souffre, tout en ayant conscience de ses douleurs.

Le caractère distinctif de cette demi-anesthésie est donc l'absence de douleur et d'excitation; un malaise ou une courte souffrance les remplacent. La femme a conscience des contractions sans en souffrir; elle n'est qu'assoupie, et la preuve, c'est que celles qui accusent le moins de douleur s'éveillent, gémissent et s'agitent dès que l'on touche la vulve ou que l'on tente la moindre opération. L'anesthésie opératoire n'existe donc pas.

Sous l'influence de cet état, les contractions courtes, inefficaces, insupportables, disparaissent; le travail se régularise; les contractions, plus espacées, deviennent plus puissantes et le travail marche plus rapidement. Le col, restant à peine dilaté pendant plusieurs heures, arrive *souvent* à une dilatation complète une heure après la chloroformisation.

L'auteur explique ce fait par la disparition des excitations et des actions réflexes perturbantes. Mais il n'établit pas statistiquement la fréquence de ce résultat; ce qui serait indispensable pour en démontrer la réalité, car il se manifeste parfois spontanément sous l'influence d'un grand bain tiède ou d'un quart de lavement avec 2 à 3 grammes de chloral. Il s'agirait donc tout simplement de compter la durée comparative d'un certain nombre d'accouchements chez des primipares et des multipares avec et sans anesthésie. Le résultat déciderait si elle a une influence réelle. C'est une grave lacune de cette communication.

Il n'en est pas de même des dangers ni des inconvénients attribués à cette méthode. La tolérance spéciale dont jouit la femme en couches pour l'anesthésie opératoire s'étend avec bien plus de raison à la demi-anesthésie. Ni vomissements ni morts chez la mère; pas même d'hémorrhagies *post partum;* au contraire, les suites de couches sont meilleures, le rétablissement plus rapide, mais à la condition de donner un gramme de seigle ergoté en deux fois aussitôt après la délivrance. L'enfant n'est plus exposé à la stupeur ni à la mort. Quant à l'effet sur l'allaitement immédiat, il n'en est pas parlé.

Le seul ennui de cette pratique, si elle se propage en ville, sera donc pour l'accoucheur, obligé de rester près de la patiente pour surveiller l'anesthésie et ses effets. Une fois commencée, il est préférable de ne pas l'interrompre, dit

l'auteur, et le meilleur moyen de l'entretenir avec des doses minimes est de l'entreprendre dès que les contractions sont douloureuses jusqu'à l'expulsion de l'enfant. Ce sera donc une lourde charge pour lui, car il n'est pas probable que l'administration en sera permise aux sages-femmes ni à d'autres aides, comme l'auteur le fait à l'hôpital. Ce ne serait rien pour supprimer la douleur, surtout si le travail en est abrégé, facilité, et les applications de forceps rendues plus rares. Mais tous ces avantages sont loin d'être rigoureusement démontrés.

L'anesthésie obstétricale n'est donc pas conseillée ici comme exception pour les accouchements lents, difficiles, laborieux, avec rigidité du col ou contracture du corps de l'utérus pour la version ou le forceps; « c'est pour toutes les femmes qui redoutent de souffrir et comme règle dans la clientèle privée. Il faut surtout la conseiller aux femmes excitables et dès le début en cas de travail laborieux. » Loin de voir une contrindication dans une affection organique du cœur, l'auteur y découvre une indication spéciale d'un peu de chloroforme pour prévenir la souffrance, s'il n'y a pas de complication pulmonaire. De même des lésions pulmonaires chroniques, par le calme qui en résulte. Il a ainsi chloroformé à demi une phthisique pendant quatre heures consécutives et une seconde pendant deux avec grand avantage pour les mères et les enfants. (*Soc. méd. des hôp.*, mars.)

On voit qu'il ne reste rien à l'enthousiasme de M. Lucas Championnière pour ce moyen si redouté. Le fera-t-il partager à beaucoup d'autres accoucheurs? On peut en douter, après la réserve que l'on observe encore en Angleterre à cet égard, malgré l'exemple de Simpson et de la reine. Aujourd'hui surtout que l'on possède le chloral et que son action calmante, régulatrice sur l'utérus est mieux connue, on préfèrera l'administrer en lavements contre les douleurs trop violentes dans les accouchements lents ou irréguliers.

Amené à en faire usage, M. Dumontpallier se montre aussi partisan de la demi-anesthésie, qu'il appelle justement l'analgésie obstétricale, puisqu'elle a pour effet spécial de ne pas rendre les contractions douloureuses. Mais il l'emploie avec plus de réserve, car il en fournit seulement 7 observations, dont 2 suivies de mort par péritonite et infection purulente. (*Idem*, juin.)

Il est indubitable que la douleur est, pour un certain nombre de femmes nerveuses ou pusillanimes, ou par son caractère d'acuité, un obstacle à l'efficacité des contractions. Elles ne portent pas, et la tête reste comme enclavée. Mais pourquoi, dans ces cas, faire absorber du chloroforme et choisir un agent aussi dangereux quand l'emploi d'un simple lavement de chloral fait merveille?

Tout en reconnaissant les bienfaits du chloroforme pour l'atténuation des douleurs et du calme parfait qui en résulte dans leur intervalle, sauf les susceptibilités individuelles, c'est surtout contre l'agitation croissante de la période de dilatation et les grandes douleurs d'expulsion que M. Hervieux en vante les bons effets, notamment chez les primipares, les femmes nerveuses et hystériques. Il rend aussi plus tolérables les grandes douleurs de la période d'expulsion. Mais c'est principalement contre le ralentissement ou la suspension du travail par épuisement nerveux, par une douleur locale, névralgique ou autre, la rigidité ou la rétrocession spasmodique du col, les contractions partielles ou irrégulières, que M. Hervieux en montre l'utilité, de même que M. Dumontpallier, sans qu'aucun d'eux paraisse avoir employé comparativement le chloral pour juger de ses effets.

Il blâme donc l'exclusion de certains accoucheurs pour recourir à l'analgésie obstétricale quand elle est nécessairement indiquée. La répugnance de l'odeur en est la seule contre-indication. Et pourtant il reconnaît que parfois le travail en est notablement ralenti et même effacé, au point d'obliger à recourir au forceps. La tendance syncopale, les maladies du cœur et des voies respiratoires, des centres nerveux et certains états morbides locaux, comme la grossesse gémellaire, l'hydropisie de l'amnios, doivent toujours tenir en garde l'accoucheur contre son emploi. (*Idem.*)

Chose étrange! c'est de l'Amérique et de New-York même que nous vient une sourdine à ce bel enthousiasme français. Suivant le docteur Lusk, la femme en couches ne jouit d'aucune immunité pour le chloroforme, et il rapporte à l'appui deux cas de mort sous son influence et trois de mort imminente. Complète, l'anesthésie diminue l'action de l'utérus et la suspend même parfois; d'où le danger des hémorrhagies. Incomplète, comme dans l'analgésie obstétri-

calc, elle l'affaiblit au point d'obliger parfois à recourir ensuite au seigle ergoté ou au forceps. Les accoucheurs *à la reine* emploient plus souvent le forceps que les autres. En tout cas, on ne doit jamais recourir à l'anesthésie chez les femmes qui doivent nourrir, ni pendant la dernière période de l'accouchement.

C'est donc là une opposition à peu près formelle. Il est vrai qu'elle n'est pas appuyée sur des faits concluants. Elle est même en contradiction formelle avec l'observation faite dans certains cas de contractions de plus en plus fréquentes, d'où M. Dumontpallier fait même une indication de cesser l'usage du chloroforme. Mais cette opposition suffira à remplir le but de l'auteur, qui est de faire apporter plus de réserve et de précautions dans l'anesthésie chloroformique chez les femmes en couches.

De l'action comparée du chloral, du chloroforme, de l'opium et de la morphine sur la femme en travail, thèse d'agrégation, par M. Pinard, Paris. Tout en plaçant le chloroforme en première ligne, l'auteur ne lui reconnaît aucune action primitive ni élective sur l'utérus ; il n'agit sur cet organe que secondairement et plutôt sur la rétractilité que sur sa contractilité. De là son influence toute passagère. Il insensibilise tout l'organisme et agit sur le sang en en modifiant la couleur.

Peu de chose du chloral, que l'auteur ne paraît pas avoir employé, si ce n'est qu'il agit de préférence sur la rétractilité, comme le chloroforme.

Par son action sédative sur la contractilité, au contraire, la morphine, surtout en injections sous-cutanées, est un véritable agent obstétrical. Elle paralyse la fibre musculaire de l'utérus gravide et est ainsi l'antagoniste du seigle ergoté.

ANÉVRYSMES. L'existence des anévrysmes miliaires, découverte par les cliniciens français, est aujourd'hui confirmée par surcroît par les constatations microscopiques des anatomistes allemands. Eichler, de Kiel, a fait ainsi une description très-minutieuse des lésions de cette endartérite chronique, résultant du changement sénile, sinon de l'âge. Ce sont des anévrysmes vrais, comprenant toute la paroi du vaisseau, et qui doivent être distingués des anévrysmes dis-

séquants, qui ne déterminent pas l'hémorrhagie cérébrale. (*Deutsch archiv für klin. medic.*)

Compression élastique. Ce moyen continue à être appliqué avec succès en Angleterre, tandis qu'il n'en est pas question ailleurs. M. Cornish en a ainsi obtenu la guérison rapide d'un anévrysme traumatique de la tibiale antérieure à l'hôpital de Taunton et Somerset sur un jeune agriculteur de 20 ans, qui s'était coupé avec sa faux au milieu de la partie externe de la jambe droite, à la fin d'août 1877. Perte abondante de sang. Un mois après, la plaie était cicatrisée, mais le pied restait enflé, et le blessé ne pouvait s'en servir.

Entré à l'hôpital à la fin de novembre, il ne peut lever son pied droit, quoique parfaitement libre et sans raideur de l'articulation. Au siége de la cicatrice de la jambe existe une tumeur comme un œuf de poule, située profondément dans les muscles, avec des battements isochrones à ceux du cœur et un bruit de souffle distinctement entendu avec le stéthoscope.

Le 2 décembre, une bande de flanelle est roulée autour du membre, depuis les orteils jusqu'au milieu de la cuisse, en laissant la tumeur exposée. Une bande élastique fut appliquée par-dessus, modérément serrée des orteils jusqu'à la tumeur, en laissant celle-ci se remplir de sang avant d'appliquer le tube d'Esmarch au-dessus. Les pulsations et les bruits furent immédiatement suspendus.

La jambe, soulevée, fut ainsi maintenue pendant quarante minutes sans douleur; mais des picotements dans le pied furent ensuite si intolérables, une heure après l'application du bandage, qu'il fallut enlever le tube d'Esmarch en plaçant préalablement un tourniquet dans l'aine. Le membre reprit aussitôt sa coloration, sans pulsation dans la fémorale ni la tumeur. Une dose de chloral permit au patient de rester ainsi pendant trois heures, puis une compresse placée sur la fémorale permit de relâcher graduellement le tourniquet d'heure en heure et de l'enlever définitivement, après sept heures d'application consécutive.

Ni battements ni bruits ne se sont fait entendre ensuite. La tumeur a graduellement diminué, et, trois semaines après, l'opéré sortait de l'hôpital parfaitement guéri. (*Lancet*, n° 7.)

A côté des succès déjà assez nombreux de cette méthode,

dite de Reid, qui l'a appliquée le premier en Angleterre, voici un insuccès, dans un cas d'anévrysme poplité de la jambe gauche survenu spontanément en août dernier, chez un charretier de 28 ans, fort, actif, sans aucune affection héréditaire. Admis à l'hôpital Sainte-Marie le 17 septembre, il fut soumis à l'action d'un tourniquet sur la fémorale droite, qu'il ne put supporter. La circonférence du membre sur la tumeur mesurait 14 pouces 3/4, tandis que l'autre n'en mesurait que 11.

Une première application du bandage d'Esmarch fut faite le 21 septembre; mais la douleur fut si intolérable, qu'en 25 minutes, le chloroforme dut être administré. Après une heure et demie d'application, le bandage fut enlevé et remplacé par un tourniquet jusqu'au lendemain. La tumeur parut d'abord plus dure, ferme et moins expansible; mais, dès le lendemain, les battements étaient revenus aussi forts.

Deux autres applications semblables de l'ischémie furent renouvelées, le 26 septembre et le 3 octobre, sans plus de résultat. Au contraire, la tumeur augmentait manifestement et devint plus molle en un point avec pulsations violentes. Le 10 octobre, la ligature double de la fémorale fut faite, et, le 12 décembre, l'opéré quittait l'hôpital, ayant sa tumeur parfaitement consolidée. (*Idem*, n° 12.)

L'insuccès est attribué ici à ce que la stagnation du sang dans le sac anévrysmal n'a pas été assez prolongée pour déterminer la coagulation du sac, car, d'après M. Smith, elle s'opère par l'arrêt complet de la circulation dans le membre avec distension du sac et arrêt de la circulation au-dessus pendant un temps suffisant. Mais la prolongation du caillot s'étendant de deux à trois pouces dans l'artère a soulevé une autre théorie.

La condition de la guérison, d'après Pearce Gould, n'est pas l'oblitération du sac, mais de l'artère à son collet par le prolongement du caillot formé dans le sac. L'artère doit donc être intacte dans cette partie, pour que le caillot puisse s'y organiser et qu'il y ait oblitération complète. Autrement, la bande d'Esmarch ne réussit pas. (*Idem*, 1877.)

Cette distinction est subtile, car le bandage placé au-dessus et au-dessous du sac doit laisser le sang stagnant dans une certaine étendue de l'embouchure de l'artère comme dans le sac lui-même, et, si le caillot se forme dans

celui-ci, comment ne se formerait-il pas simultanément dans celle-là ? A moins d'admettre l'établissement instantané de la circulation collatérale complète de l'artère principale d'un membre, l'oblitération ne serait pas sans danger ni péril. Il serait donc plus simple et rationnel de voir la cause de l'insuccès dans une compression insuffisante ou dans la composition même du sang.

Anévrysme de l'innominée. *Ligature périphérique.* Un malade de 37 ans, ayant eu la syphilis, porte depuis quatre ans, à la base du cou, une tumeur à pulsations augmentant et diminuant selon que l'on comprime ou qu'on laisse libres la carotide et la sous-clavière droites. Engourdissement de l'avant-bras, toux, douleur derrière la tête et à l'épaule droite, mais absence de dysphagie et de dyspnée lorsqu'il est en repos ; la voix n'est pas altérée. Bruits du cœur normaux.

Le repos, la diète, l'emploi de l'iodure de potassium n'ayant pas eu d'effet et les symptômes s'aggravant, M. King, le 9 décembre 1876, lia la carotide primitive et la sous-clavière au tiers de son trajet. Le fil, placé autour de la carotide, ne fut serré qu'après en avoir aussi passé un autour de la sous-clavière, de telle manière que le cours du sang fut intercepté simultanément dans les deux artères. Les fils tombèrent le 12 décembre et les plaies étaient guéries le 18, sans qu'il y eût eu de troubles du côté du cerveau. Les symptômes furent tout de suite très-amendés, puis disparurent graduellement tout à fait. Le pouls, d'abord supprimé, redevint perceptible au bout d'une semaine. Il avait reparu à la bifurcation de la carotide dès le troisième jour ; la tumeur devint plus petite, plus ferme, moins pulsatile ; la toux et les douleurs cessèrent peu à peu. Le malade voulut sortir de l'hôpital le 24 février 1877. Il y rentra le 27. S'étant enivré durant ces trois jours, il avait vu la tumeur augmenter de volume. Par l'ouverture d'un abcès formé sous la cicatrice se produisirent des hémorrhagies qui amenèrent la mort le 30 mars, cent onze jours après l'opération. A l'autopsie, l'anévrysme de l'innominée se compliquait d'un anévrysme de la crosse de l'aorte, qui avait corrodé les cinquième et sixième vertèbres cervicales. La sous-clavière gauche étant très-rétrécie par une dégénéres-

cence athéromateuse, la plus grande partie du sang fourni à la tête et aux membranes inférieures l'avait été, après l'opération, par la carotide gauche.

Ce fait et 7 autres semblables démontrent que cette opération, si elle ne prolonge pas la vie, calme certainement les douleurs, et qu'elle aura d'autant plus de chance de réussir qu'on s'appliquera à reconnaître de bonne heure l'existence des tumeurs anévrysmales auxquelles elle est opposée. (*Soc. méd. de Londres*, 11 février.)

Anévrysmes du tronc brachio-céphalique. *Diagnostic différentiel par le retard du pouls.* Au lieu de la diminution d'amplitude du pouls radial droit, qui est dans la plupart des cas un bon élément de diagnostic de cet anévrysme résultant de l'expansion plus lente et plus faible du vaisseau au-dessous de la tumeur, le docteur F. Frank a constaté au contraire une amplitude exagérée de l'artère radiale de ce côté comparée avec le pouls gauche, chez deux malades atteints de cet anévrysme. Il en a trouvé l'explication dans la paralysie vaso-motrice des vaisseaux du membre supérieur droit produite par la compression de la tumeur anévrysmale sur les ganglions cervical inférieur et premier thoracique. Une des malades présentait en effet depuis longtemps des troubles auditifs à droite, et la face de ce côté était habituellement plus congestionnée, s'échauffait et suait plus facilement que le côté gauche. L'ouverture palpébrale droite était aussi diminuée, le globe enfoncé dans l'orbite et la pupille notablement rétrécie, soit 2 millimètres et demi de plus qu'à gauche. La température de l'aisselle et de la main était aussi plus élevée à droite qu'à gauche de 5 à 6 dixièmes. Il en résulte donc que cette amplitude du pouls, diminuée ou augmentée, ne peut être un signe de la dilatation anévrysmale du tronc brachio-céphalique.

Le retard du pouls droit sur le pouls gauche est au contraire un signe différentiel de l'anévrysme de l'aorte avec celui du tronc brachio-céphalique. Tandis que la systole ventriculaire lançant le sang dans l'aorte donne un retard égal à droite et à gauche si l'anévrysme siège dans la crosse, ce retard sera bien plus prononcé à droite si l'anévrysme est sur le tronc brachio-céphalique, par la raison anato-

miquo qu'il ne porte que de ce côté. M. Frank l'a constaté expérimentalement et a obtenu un retard de cinq centièmes do seconde en plus à droite qu'à gauche. (*Journ. de l'anatomie*, n° 2, mars.)

Tel est ce nouveau signe du pouls, très-difficile à apprécier, comme on voit, mais qui peut avoir son importance pour préciser le diagnostic dans le cas d'intervention chirurgicale.

Anévrysmes aortiques. La difficulté de leur diagnostic physique peut être surmontée, dit le docteur Oliver, surtout lorsqu'ils siègent dans la portion ascendante ou transverse de l'aorte, par le procédé suivant : Le malade étant debout, faites-lui fermer la bouche et élever son menton le plus possible en tendant la partie antérieure du cou ; saisissez alors le cartilage cricoïde avec l'index et le pouce, et, par une douce pression, les pulsations de l'aorte leur seront transmises directement si une dilatation ou un anévrysme existent. (*Lancet*, n° 12, septembre.)

Alliant les médications qui se sont montrées les plus efficaces, la méthode de traitement du docteur Brookhouse consiste dans l'usage interne de l'iodure de potassium, à la dose graduellement croissante de 0,50 à un gramme trois fois par jour, l'immobilité au lit sur le dos, et une alimentation composée de pain et beurre, deux onces avec autant de lait ou chocolat à déjeuner et à souper ; de 3 onces de viande rôtie et autant de pommes de terre pour dîner avec quatre onces de vin blanc ou d'eau. C'est à peu près le régime indiqué par Tufnell. Deux anévrysmatiques, âgés de 38 à 44 ans, traités de cette manière à l'hôpital de Nottingham, ont vu, après cinq à six mois de ce traitement rigoureux, la tumeur anévrysmale diminuer de volume d'un tiers environ, les battements et les bruits disparaître, et sortir ainsi de l'hôpital fort améliorés. Le premier cependant, en reprenant ses habitudes d'ivrognerie et son travail, n'a pas tardé à succomber ; mais le second, encore en observation, était dans un état relativement satisfaisant. L'auteur s'en prévaut pour dire que c'est là une *méthode* qui prolonge la vie et tend à *une guérison complète*. (*Lancet*, 23 février.)

Outre ce traitement complexe, par lequel il recommande

de toujours commencer pour que la tumeur ne prenne pas de trop grandes proportions, le professeur Dreschfeld, médecin de l'hôpital royal de Manchester, ajoute l'électrolyse, lorsqu'il reste infructueux. Deux succès remarquables en ont été obtenus sur les six observations qu'il relate. C'est donc un encouragement. (*Revue mensuelle de méd. et chir.*, août.)

Six observations où l'électro-puncture a été appliquée avec les modifications apportées par MM. Dujardin-Beaumetz et Proust en font une opération simple et sans danger. C'est donc une méthode rationnelle pour l'amélioration et la cure de ces anévrysmes. (*Association française*, 1878.)

ANGIOME INTRA-MUSCULAIRE. La rareté de ces tumeurs et la difficulté de leur diagnostic donnent à l'exemple suivant, observé et présenté par le docteur Vincent à la *Société des sciences médicales de Lyon*, une importance qui justifie sa relation.

Un garçon de 12 ans portait sur la partie antérieure gauche du thorax, au niveau des troisième et quatrième côtes, à deux travers de doigt en dehors du sternum, une tumeur indolore qui a été remarquée deux ans auparavant sans autre cause qu'un violent coup de poing reçu à l'école. Regardée comme un kyste, elle a d'abord été incisée en province. Deux verres à liqueur de sang pur en étant sortis, une flèche de Canquoin y a été introduite. Mais la tumeur s'est bientôt reproduite et augmenta rapidement. Deux mois après, elle avait le volume d'un gros œuf de poule. La peau, intacte, glissait dessus, excepté au point cautérisé ; coloration bleuâtre de la tumeur sous-jacente dans sa partie saillante ; mobilité entraînant le déplacement du grand pectoral dans lequel elle semble plongée ; palpation indolore ; fluctuation évidente. A peine réductible au toucher, elle est plus résistante par les mouvements du grand pectoral, les efforts et les cris, mais sans dilatation pendant la toux. Aucun bruit de souffle ni de dilatation vasculaire.

M. Ollier diagnostique une tumeur veineuse sacciforme intra-musculaire du grand pectoral, et une ponction exploratrice donna du sang pur, démontré tel par l'analyse et le microscope. La pointe de l'aiguille se mouvait librement comme dans une grande cavité. Réduite d'abord au volume

d'une noix, elle avait repris ses dimensions primitives dès le lendemain.

L'énucléation en fut dès lors faite avec précaution et en ponctionnant les poches à mesure qu'elles se présentaient à travers les fibres du grand pectoral. Le sang s'en échappait comme d'un ballon tendu.

La partie excisée se trouva ainsi réduite au volume d'une petite noix dont la structure à la coupe était identique à celle des tissus érectiles normaux, au corps caverneux de l'urèthre, par exemple. C'est un système de mailles, de cavités plus ou moins grandes, formées par des trabécules s'anastomosant dans tous les sens. La surface de ces cavités est lisse, blanche ; elle est recouverte par un épithélium ; la tumeur est entourée d'une enveloppe fibro-celluleuse qui envoie des prolongements au dedans et présente des fragments de faisceaux musculaires du grand pectoral au dehors. Des coupes microscopiques et les réactifs l'ont montrée constituée par du tissu connectif, des faisceaux conjonctifs et des fibres élastiques en grand nombre. De là le phénomène du retrait, de la rétraction de cette tumeur, qui en font ainsi un des caractères essentiels du diagnostic. (*Lyon méd.*, n° 52, 1877.)

C'est donc bien là un angiôme caverneux enkysté dans un muscle, sans que l'on puisse dire s'il était congénital ou accidentel. Des coups peuvent les produire, comme Bell, Paget, Dupuytren, Lücke en citent des exemples. Mais l'absence d'ecchymose rend cette cause douteuse dans ce cas.

Ces tumeurs sont si rares que M. A. Després n'en cite que 9 cas dans sa thèse d'agrégation en 1866. Un autre rapporté à Demarquay, cité dans le *Dictionnaire encyclopédique*, en élève ainsi le nombre connu à 11 avec celui-ci. Tous ont été opérés de même.

ARSENIC. *Empoisonnement lent.* Cette forme nouvelle a été éditée, sinon imaginée, par les experts du procès Danval, plutôt pour les besoins des conclusions affirmatives de leur rapport que d'après les symptômes et les lésions anatomo-pathologiques observées sur le cadavre. La présence du poison, corps du délit, a bien été constatée par les experts de la défense comme par ceux de l'accusation, mais à si faible dose, un milligramme, qu'un verre d'eau de La Bour-

boule en contient davantage. Et encore s'en trouvait-il en quantité notable dans les tentures du lit. Les vêtements, les couvertures, les tapis de la victime, qui pouvaient en retenir par suite de ses vomissements pendant dix-huit mois, n'en décelaient aucune trace, pas plus que le vin ni le sous-nitrate de bismuth pris par elle. On peut donc se demander si c'est là une preuve bien suffisante d'empoisonnement arsenical lent et criminel, quand on sait que les eaux, les légumes, le vin, les papiers de tenture, les fleurs, les étoffes en contiennent une certaine proportion.

L'analyse a paru d'autant moins concluante que la recherche du poison a été faite sur la masse des divers tissus examinés : foie, estomac, intestins, et que le cerveau, la moelle ni les nerfs, où se localise et s'emmagasine surtout l'arsenic, d'après les recherches expérimentales de M. Scolosuboff, n'ont pas été examinés. (Voy. *année* 1876.)

La stéatose arsenicale des organes, le foie en particulier, n'a pas été constatée plus que celle du cœur ni des canalicules urinaires, où passe l'urine éliminatrice du poison. Cette lacune, coïncidant avec la quantité infinitésimale d'arsenic trouvé, est d'autant plus grave qu'aucun symptôme précis, distinct, pathognomonique de cette forme d'empoisonnement, n'avait été observé pendant la vie par les différents médecins appelés tour à tour à visiter la malade. Vomissements, diarrhée, faiblesse, anémie, analgésie des membres inférieurs, tels étaient les principaux symptômes auxquels aucune étiquette nosologique n'a été attachée. Pas d'éruption cutanée, surtout aux parties génitales, pas de paralysie distincte et surtout pas d'injection de la muqueuse conjonctivale, signalée depuis longtemps comme l'indice de l'élimination du poison par les muqueuses et l'un des accidents les plus fréquents de l'arsenicisme chronique. La plupart des auteurs le considèrent comme le premier indice de l'intolérance thérapeutique et de l'intoxication. Tous les animaux soumis à l'empoisonnement arsenical par M. Lolliot (voy. *année* 1869) ont présenté ce symptôme caractéristique. C'est donc aux médecins à en tenir plus de compte à l'avenir dans les cas suspects.

C'est dans le foie surtout que la dégénérescence graisseuse était apparente chez une petite fille de 4 ans, prise, le 19 novembre au matin, de vomissements et de douleurs

d'estomac. Ces symptômes continuèrent en augmentant jusqu'au 21, c'est-à-dire pendant quarante-quatre heures après le début; la mort arriva, précédée de stupeur et de convulsions. L'examen des liquides de l'estomac décela la présence d'une grande quantité d'acide arsénieux au docteur W. Hills. Une partie égale de l'estomac, du foie, des reins et de la rate, traités ensemble, donnèrent également de l'arsenic. Mais le foie traité séparément n'en décela aucune trace, quoique son passage y eût laissé la plus profonde empreinte.

C'est dans cet organe où il paraît manifester sa présence le plus vite. Casper mentionne un cas fatal en douze heures avec un commencement de dégénérescence du foie. La mort, survenue après dix-sept heures, montra la même altération du cœur, du diaphragme, du foie et des reins, dans un cas relaté *in Archiv. de Virchow*. Les expériences de Saikowski sur les animaux, relatées dans ce recueil, lui ont montré que deux grammes donnés à des lapins ont produit, en vingt à vingt-huit heures, de la graisse dans le foie, les reins et le cœur, comme avec de petites doses. On a pu en déceler la présence dans le foie quatre heures après l'ingestion. Et cependant dans plusieurs de ces cas, comme dans celui-ci, les réactifs ont été impuissants à le retrouver en nature, alors que d'autres organes en contenaient. Il est donc aussi vite absorbé, détruit, dans le foie, que partout ailleurs. (*Boston med. and surg. journal*, septembre n° 12.)

Uréthrite arsenicale. L'arsenic absorbé, s'éliminant en grande partie par les urines, peut déterminer une irritation telle de la muqueuse uréthrale qu'il en résulte un véritable écoulement en dehors de toute contamination vénérienne. Deux faits observés par M. Saint-Philippe sur des individus faisant abus de l'arsenic en sont la preuve et viennent confirmer quelques observations analogues faites précédemment. Delioux de Savignac a noté un chatouillement de l'urèthre parfois très-désagréable avec tendance à l'érection et même un véritable éréthisme du sens génital, chez des sujets prenant 2 à 3 milligrammes d'acide arsénieux. Delacour a signalé aussi un cas d'uréthrite arsenicale en 1870. (*Gaz. méd. de Bord.*, n° 42, 1877.)

L'arsenic aurait donc une action topique sur les organes

génitaux, comme il a une action élective. On attribue ainsi les éruptions génitales qui se manifestent chez les ouvriers maniant les composés arsenicaux, au contact direct de leurs mains, de leurs doigts, tandis que les inflammations, les gangrènes, chez ceux qui en font usage à l'intérieur, ne peuvent résulter que d'une action élective. C'est là un fait à élucider.

ARTHRITES. Péri-arthrite scapulo-humérale. *Origine rhumatismale.* A la variété traumatique, si bien étudiée par M. Duplay en 1872, tend à s'en ajouter une autre. Deux observations relatées par le professeur Desplats, de Lille, montrent du moins qu'elle peut être consécutive au rhumatisme articulaire. Les troubles trophiques qui l'accompagnent en décèlent même la nature. L'atrophie musculaire, l'adipose, les éruptions cutanées, les sueurs locales qui ont été constatées, sont en effet les manifestations des lésions. Les nerfs étaient douloureux au toucher comme dans la névrite. C'est donc à une lésion du plexus brachial que cette grave affection serait due. (*Gaz. hebd.*, n° 24.)

Arthrite intermittente. Quoique rare, cette variété n'en paraît pas moins réelle. Un nouvel exemple identique à celui de M. Moore, relaté en 1867, en a été observé par M. Panas à l'hôpital Lariboisière. C'était une femme encore jeune sans aucun vice diathésique. Une double hydarthrose du genou, indolente, mais assez abondante pour soulever la rotule, apparaissait tous les quinze jours régulièrement, un lundi, pour disparaître quatre jours après. A deux reprises pendant les quatre premières années de cette affection intermittente, cette femme devint enceinte et accoucha la première fois à terme d'un enfant vivant; la seconde fois, elle avorta. Et, chaque fois, l'arthrite cessa pendant toute la durée de la grossesse, comme chez la malade de M. Moore, pour revenir ensuite.

M. Panas, en assistant à trois attaques successives de cette singulière hydarthrose, à l'hôpital, a pu se convaincre de sa réalité et s'assurer qu'elle ne présente rien de particulier. Les téguments n'étaient pas relâchés; les mouvements de l'articulation sont normaux; la seule modification est un épaississement très-léger des culs-de-sac de la membrane synoviale.

De même que les topiques usités étaient restés jusque-là sans effet, le sulfate de quinine et l'iodure de potassium à l'intérieur n'ont eu aucune action efficace.

Tous ces moyens ont aussi échoué dans une hydarthrose simple du genou revenant également tous les quinze jours, observée par M. Le Dentu à l'hôpital Saint-Louis dans le service de Voillemier. La cautérisation transcurrente de l'articulation, suivie de l'immobilisation, amena la guérison.

M. Verneuil en a aussi observé deux exemples : le premier chez une femme, comme les précédentes, et l'autre chez un homme. Double et ancienne chez celle-ci, elle disparut pendant plusieurs années par l'emploi du sulfate de quinine conseillé par Nélaton. Mais elle revint ensuite avec des accès très-rapprochés et existe encore avec un épaississement des culs-de-sac synoviaux. C'est donc là une variété très-réelle qui mérite d'attirer l'attention. (*Soc. de chir.*, mars.)

ASPHYXIE. *Survivance du fœtus à la mère.* Suivant les expériences de Hogyes, les petits d'une lapine en gestation, empoisonnée par l'oxyde de carbone, lui survivent beaucoup plus longtemps que si elle est sacrifiée par tout autre procédé, la strangulation notamment. (*Archiv für gesammte Phys. von Pflüger*, t. XV.) On comprend dès lors qu'il y ait de bien plus grandes chances d'extraire un fœtus vivant par l'opération césarienne après l'asphyxie de la mère par le gaz acide carbonique que lorsqu'elle est morte autrement. Ce fait s'explique par la fixation de ce gaz sur les globules rouges du sang, par son affinité pour l'hémoglobine, découverte par Cl. Bernard. Et, comme les globules ne passent pas de la mère au fœtus à travers le placenta, le sang de celui-ci ne contient point d'oxyde de carbone ; il n'est pas empoisonné. L'échange d'oxygène qui se fait, d'après Zuntz, entre le sang du placenta et celui de la mère dans l'état normal ne peut avoir lieu lorsque celui-ci est oxycarboné. Le fœtus est ainsi doublement préservé. De là sa survivance, et l'on s'explique que, en pareil cas, des enfants aient pu être extraits vivants après un délai qui semblait extra-physiologique. Cette distinction a donc une grande importance au point de vue médico-légal et de la succession des enfants à leur mère.

Respiration artificielle directe. Une nouvelle méthode a été substituée à celle de Marshall-Hall et de Silvester par le docteur B. Howard (de New-York). Elle s'applique à tous les cas d'apnée produits par submersion, anesthésie, accouchement, etc., avec cet avantage de pouvoir être exécutée directement par une seule personne. Deux règles principales en forment la base. La première, applicable aux noyés, consiste à les débarrasser rapidement des vêtements qui recouvrent la poitrine, d'en former un coussin sur lequel on couche le noyé, la face dirigée en bas, le front appuyé sur le bras droit replié. Les vêtements formant un coussin dur, sur lequel porte directement l'épigastre, ont pour effet de le comprimer ainsi que la poitrine. L'aide se plaçant derrière, ses deux mains appliquées largement sur les parties latérales des fausses côtes, les deux pouces dirigés vers la colonne vertébrale, il exerce des mouvements de poids et de force de deux à trois secondes, en les répétant alternativement.

En rétablissant la respiration, cette méthode a pour effet de favoriser l'évacuation des liquides de l'estomac et des bronches qui peuvent la gêner.

La seconde règle s'applique aux cas d'asphyxie simple ou de syncope par anesthésie ou autrement. Au lieu de mettre l'asphyxié à bougeton, comme dans le cas précédent, on le couche sur le dos, en lui plaçant le rouleau ou le traversin transversalement à la base des omoplates. Le thorax est ainsi élevé, tandis que la tête et le cou sont pendants. Les bras sont relevés au-dessus de la tête et liés ensemble au besoin par les poignets. L'aide, à genoux devant l'asphyxié, place ses mains latéralement avec ses deux pouces dirigés vers l'appendice xyphoïde et exerce ainsi des mouvements alternatifs de pression et de relâchement, jusqu'à ce que la respiration s'établisse. Une heure de patients efforts est au moins nécessaire avant de perdre tout espoir de rétablissement.

Pour les nouveau-nés asphyxiés, il suffit que l'accoucheur renverse l'enfant sur l'avant-bras gauche, en faisant saillir le thorax, et qu'il exerce en avant avec la main droite des mouvements de pression alternatifs avec les quatre doigts placés à gauche et le pouce dans le creux axillaire droit.

Des exemples sont fournis à l'appui pour montrer que

cette méthode a rétabli la respiration dans des cas où les autres avaient échoué. (*Lancet*, n° 21, mai.)

En voici deux obtenus à l'hôpital Guy, qu'il est bon de citer. Un enfant qu'on opérait du croup resta mort pendant l'opération. Il n'y avait plus ni respiration, ni pouls, et les bruits du cœur étaient suspendus. L'interne, M. James, qui avait assisté aux expériences d'Howard, ne perdit pas de temps et employa aussitôt son procédé. Cinq minutes après, un effort d'inspiration eut lieu et la respiration se rétablit. L'enfant vécut encore sept jours et ne fut enlevé que par les progrès de la diphthérite.

Le second cas est celui d'un homme qui présenta tous les phénomènes de l'asphyxie pendant qu'on l'anesthésiait avec le chloroforme. Il fut ramené à la vie par le même procédé.

Ce manuel opératoire a déjà été employé par le docteur de Chilly, de Vaucouleurs (voy. *année* 1865). Le professeur américain n'y a ajouté que la position et surtout le traversin en bas des omoplates, qui forme utilement un point de résistance aux efforts de pression. Voy. RESPIRATION ARTIFICIELLE.

ASTHME. *Injections hypodermiques de morphine.* Voy. INJECTIONS.

ASYSTOLIE. *Nouvelles causes.* Au lieu de la dégénérescence graisseuse du myocarde visible à l'œil nu, MM. Renaut et Landouzy n'ont trouvé au microscope, dans un grand nombre de cas, qu'une fragmentation spontanée de ses fibres musculaires comme cause de l'asthénie cardiaque, dissociation semblable à celle qui s'obtient au laboratoire avec le picro-carminate d'ammoniaque, le sérum iodé ou la glycérine. C'est donc le ramollissement ou la disparition du ciment qui unit transversalement les cellules musculaires du myocarde et forme une chaîne ramifiée de cellules contractiles.

Cette lésion de dénutrition, non encore décrite, est une des causes les plus fréquentes de l'asystolie. Elle s'accompagne parfois de dégénérescence graisseuse, mais elle est souvent la seule lésion apparente, surtout dans les cas d'hypertrophie cardiaque avec lésions valvulaires anciennes. (*Gaz hebdom.*, juillet 1877.)

Loin de résulter exclusivement d'une lésion valvulaire ou d'une altération de la fibre cardiaque, comme cela est généralement admis et enseigné, M. Bernheim a montré, par un grand nombre d'observations contenues dans ses *Leçons cliniques*, que tous les symptômes de cet état : dyspnée, cyanose, œdème pulmonaire, anasarque, congestion veineuse des viscères, albuminurie, peuvent être produits par l'hypertrophie simple du cœur sans lésion des valvules ni des fibres de cet organe. Il en rapporte un nouvel exemple chez un journalier de 53 ans qui présentait tous ces phénomènes, sans que l'usage de la digitale et des autres diurétiques aient pu les atténuer ni les faire disparaître. Il n'y avait que des bruits faibles avec léger souffle mitral sans voussure précordiale, mais une submatité étendue en avant et en arrière. Pouls égal et régulier.

La mort, survenue un mois après l'entrée à l'hôpital, montra un cœur volumineux, augmenté dans toutes ses dimensions et mesurant 14 centimètres transversalement et 11 verticalement, du poids de 610 grammes, avec quelques taches laiteuses sur le ventricule droit, sans aucune lésion valvulaire ni musculaire. Le tissu du cœur était ferme, consistant, rouge, sans aucune granulation graisseuse au microscope, ni dissociation des cellules par les réactifs. C'était donc là une simple insuffisance cardiaque par hypertrophie. (*Idem*, n° 43, 1876.)

ATAXIE LOCOMOTRICE. *Diagnostic différentiel par le phénomène du genou.* Westphall, qui a fait de l'absence de la contraction musculaire réflexe des extenseurs de la cuisse et la projection du pied en haut par la percussion du ligament rotulien un signe du mal de Pot (V. *ce mot*), a reconnu aussi qu'elle est un signe précoce de l'ataxie locomotrice, c'est-à-dire de la sclérose des cornes postérieures de la moelle spinale. En vérifiant ce fait sur deux ataxiques de l'hôpital des paralysés de Londres, le docteur Buzzard en a fait un signe distinctif du début de cette affection, alors qu'elle peut être confondue avec d'autres lésions. L'un, coiffeur de 50 ans, présentait le tableau symptomatique complet de l'ataxie locomotrice, notamment les secousses douloureuses, électriques et la difficulté de la marche en fermant les yeux, mais aussi l'atrophie

du disque optique et de la diplopie. L'autre homme, de 43 ans, marchait difficilement et pouvait à peine se tenir debout les yeux fermés. Il accusait aussi des douleurs subites dans les jambes, et l'on avait diagnostiqué une sclérose postérieure lorsqu'il fut soumis à l'épreuve du phénomène du genou.

En raison même des différences qui se rencontrent chez les divers sujets, les deux malades furent placés à côté l'un de l'autre, une jambe placée sur l'autre, et, avec l'embout auriculaire d'un stéthoscope en bois, l'auteur frappait plusieurs coups d'égale force sur le ligament rotulien. Or, tandis que cette épreuve ne donna lieu à aucune projection ni mouvement du pied, pas plus d'une jambe que de l'autre, éprouvées successivement chez le premier malade, le second au contraire le présenta sur les deux d'une manière très-sensible. Le mal était donc différent, et un interrogatoire plus minutieux montra que les douleurs des membres étaient profondes, lourdes et incessantes. Les douleurs du genou, survenues seulement depuis une année, ne se manifestaient qu'en marchant. Des douleurs aiguës existaient dans le bras gauche avec enflure et faiblesse. Les jambes étaient si faibles qu'il ne pouvait s'asseoir ni se lever, mais il pouvait les soulever dans le lit. Le chatouillement de la plante des pieds les soulevait aussi. Paralysie complète de la vessie avec la trépidation du pied. Ces signes montraient donc qu'il ne s'agissait pas ici d'une sclérose postérieure ni d'une ataxie progressive.

Plusieurs cas douteux peuvent ainsi être éclairés par ce signe. Il manquait dans un exemple de douleurs en éclair avec atrophie du disque optique, sans ataxie ni anesthésie. Il manquait de même dans deux autres de douleurs paroxystiques attribuées à la goutte et ressemblant à celles de la sclérose postérieure avec faiblesse des sphincters, mais sans symptômes cérébraux ni rien dans la démarche. Chez un vieillard de 70 ans, au port quelque peu ataxique, ces douleurs n'ont pas coïncidé avec le phénomène du genou.

Qu'il ne soit pas produit par une influence directe ou mécanique sur la structure musculaire, mais qu'il résulte d'une action réflexe au moyen des nerfs centripètes, comme le croit M. Buzzard, ce signe n'en doit pas moins être con-

sulté avec soin pour décider s'il s'agit ou non d'une sclérose des cornes postérieures de la moelle. (*Lancet*, nos 4 et 6.)

En contradiction avec ces véritables études cliniques, le docteur Tschiriew oppose une interprétation différente, d'après ses expériences faites à l'Institut physiologique de Berlin sur des... lapins. Au lieu d'être un phénomène direct, cette contraction du triceps se produirait par voie réflexe, comme le prouve la direction des ondes musculaires se dirigeant de haut en bas et non de bas en haut. Ce serait par les nerfs du tendon et non ceux du muscle qu'elle se produirait. D'où la conclusion que le phénomène du genou n'indique qu'une lésion limitée de la moelle épinière correspondant à l'origine de la 3e et la 4e paires lombaires ou de leurs racines. Son absence chez les tabétiques indiquerait que la dégénérescence des cordons postérieurs s'est étendue jusqu'à cet endroit; mais son existence n'exclurait pas la possibilité du mal de Pott dans d'autres parties de la moelle. (*Archiv für Psychiatrie*, VIII.) L'origine de ces interprétations en dit assez la valeur pour ne pas les contredire.

ATHÉTOSE. On persiste en France à préférer ce titre, que, le premier, nous avons fait connaître ici en 1872, à celui de *hémi-chorée* qui lui a été donné par M. Charcot. L'un de ses élèves, M. Oulmont fils, le consacre de nouveau dans un travail intéressant sur ce sujet, d'après l'analyse de 33 observations recueillies à la Salpêtrière et l'enseignement de son maître, en se fondant sur la localisation et la forme spéciale de ces mouvements convulsifs différents de ceux de la chorée. De là la nécessité de changer de nom, d'autant plus qu'à l'athétose unilatérale ou hémi-athétose, le jeune observateur ajoute une nouvelle variété d'athétose double ou généralisée comme la chorée. Comment la distinguer dès lors de celle-ci par l'appellation française, à moins d'y joindre l'adjectif post-hémiplégique ? Les mouvements athétosiques ne s'emparent guère en effet que des parties paralysées et anesthésiées. Mais il y a aussi une chorée post-hémiplégique ; car, il faut bien le reconnaître, ce sont là deux variétés d'une même famille ayant la même origine et se confondant parfois ensemble. De là la nécessité de les distinguer par un nom différent.

Les mouvements de l'hémi-athétose affectent constamment les doigts et les orteils d'un côté presque toujours paralysé du corps. Le plus ordinairement, ce côté est anesthésié ou l'a été auparavant. Sur 26 cas, l'hémi-anesthésie était notée 11 fois, et, sauf dans un seul des autres, l'état intact de la sensibilité au début de l'hémiplégie n'est pas signalé ni précisé. Or, comme l'hémi-anesthésie est essentiellement transitoire, suivant la nature des lésions qui la déterminent, on peut prévoir qu'elle a existé et disparu depuis. C'est donc là un phénomène à noter soigneusement, car il peut aider à fixer le siège de la lésion. Les doigts sont toujours pris, et leurs mouvements prédominent; dans la moitié des cas, ils s'étendent même au poignet, au coude et jusqu'à l'épaule. Les orteils ne sont pris que dans la moitié des cas avec des mouvements moins violents et rarement étendus au cou-de-pied. Ils atteignent très-exceptionnellement la face et le cou.

Le caractère spécial de ces mouvements est la lenteur et l'exagération. Ils s'exécutent sans secousses brusques jusqu'à leur extrême limite, en passant successivement par toutes les positions intermédiaires, comme s'ils étaient volontaires, réfléchis, déterminés, mais involontaires en réalité et ne pouvant être arrêtés dans leur évolution. Si, dans les cas atténués, la volonté peut, au prix d'un effort énergique, les suspendre pendant quelques secondes, elle ne peut même les diminuer dans les cas bien caractérisés ; ils acquièrent même une nouvelle impulsion sous son influence. Aussi sont-ils permanents et persistent-ils dans le repos et pendant le sommeil ordinairement.

Les doigts et les orteils vont jusqu'à l'extrême limite de l'excursion articulaire et la dépassent même ordinairement par la laxité toute spéciale des ligaments. Chacune des phalanges peut s'étendre à angle presque droit sur l'autre ou sur le métacarpe. Le poignet a des mouvements latéraux très-étendus, surtout vers le bord cubital. Il y a comme une sorte de violence dans les cas les plus marqués. Les doigts se crispent énergiquement pour saisir un objet imaginaire ; les orteils se relèvent à angle droit ou s'accrochent au sol. De là des positions exagérées rappelant les déformations du rhumatisme noueux. Et la violence des contractions musculaires est telle que ces positions sont aussi exagérées dans

les athétoses du jeune âge que dans celles de l'âge mûr, où les articulations ont atteint depuis longtemps leur complet développement.

Ces mouvements ont une indépendance complète. Si les doigts et les orteils sont parfois entraînés par un mouvement d'ensemble, le plus souvent ils se meuvent séparément.

A la face, comme aux membres, ils sont limités au côté paralysé. Les grimaces sont intermittentes et se manifestent surtout au maximum des mouvements de la main, comme des exemples figurés en témoignent.

En s'étendant, les mouvements se transforment et prennent la forme de contracture ou de spasme. C'est ainsi que les désignent les Anglais. C'est surtout sous cette forme de contracture intermittente que les grandes articulations, du poignet, du coude et de l'épaule sont prises, en affectant les quatre formes de la contracture post-hémiplégique admises par MM. Charcot et Bouchard.

L'hémi-athétose n'apparaît jamais d'emblée ; toujours c'est quelques semaines ou quelques années après qu'une hémiplégie a frappé le côté paralysé et alors que les mouvements volontaires commencent à reparaître, soit après quatre à huit mois en moyenne. Ses progrès s'accentuent, en même temps que ceux de l'hémiplégie et de l'hémi-anesthésie s'atténuent. Elle apparaît à tout âge, et, si elle débute souvent dans la première ou la seconde enfance à la suite des attaques épileptiformes suivies d'hémiplégie de cet âge, elle se développe également dans l'âge mûr, chez les vieillards après l'hémiplégie cérébrale vulgaire, et s'associe même à l'hémiplégie syphilitique, comme l'attestent les faits rapportés à l'appui. La symptomatologie de ces affections : contracture et atrophie musculaires, rigidité articulaire, accompagne et se confond ainsi avec celle de l'athétose et notamment la laxité des articulations athétosées en particulier.

Une lésion cérébrale : atrophie, hémorrhagie, néoplasme, sclérose, est donc la cause primitive de l'athétose. Et comme elle provoque immédiatement la paralysie du côté opposé, il faut donc en placer le siége, d'après les récentes localisations cérébrales, dans les centres moteurs. On l'avait d'abord fixé dans les corps striés. Mais, tenant compte de l'hémi-anesthésie qui accompagne l'hémiplégie et précède

l'hémi-athétose, M. Oulmont croit pouvoir le découvrir et le fixer plus sûrement d'après cette indication. Or l'hémi-anesthésie cérébrale étant produite, d'après M. Charcot, par la lésion des faisceaux postérieurs de la couronne rayonnante, c'est là qu'il convient de placer le siège de l'hémi-athétose comme de l'hémi-chorée, en attendant que les autopsies le confirment. La réunion des faisceaux sensitifs et des faisceaux moteurs dans le pied de la couronne rayonnante et leur dissociation plus haut peuvent d'ailleurs expliquer les formes diverses de l'athétose, suivant que la lésion atteint telle ou telle partie circonvoisine.

Le plus grand nombre des cas sont congénitaux d'après le docteur Webber, qui en cite un exemple à l'appui chez un garçon de 21 ans avec un mouvement constant de la main gauche. Dans ces 33 faits publiés, le côté gauche était aussi souvent atteint que le droit, et, dans le plus grand nombre, la maladie avait débuté dans l'enfance. Dans deux des trois autopsies faites, une hémorrhagie fut rencontrée dans le corps strié, et l'athétose n'avait duré, dans l'un et l'autre cas, que quelques jours et disparu avant la mort, comme si elle eût été due à l'irritation du caillot. Une tumeur fut rencontrée dans la troisième. La lésion était située, dans ces trois cas, près du noyau lenticulaire à sa partie postérieure, et la capsule interne du corps strié devait avoir été comprimée plus ou moins. Aucun rapport ne lui semble d'ailleurs exister entre l'athétose et la chorée. Le terme de chorée post-hémiplégique est impropre, car les mouvements consécutifs à l'hémorrhagie cérébrale ne ressemblent nullement à ceux de la chorée. (*Soc. névrologique de New-York*, juin, et *Boston med. journ.*, juillet.)

C'est sous le titre de *spasme unilatéral* que le docteur Putnam en décrit un nouvel exemple observé sur une fille de 8 ans. Après une scarlatine à l'âge de deux ans, qui détermina des convulsions, elle fut prise de faiblesse que la mère attribuait à la maladie, lorsqu'une voisine remarqua que cette enfant traînait la jambe gauche. Des spasmes survinrent ensuite dans la main, surtout lorsque l'enfant s'en servait, les doigts placés comme dans l'athétose et le bras et l'avant-bras se tournant en dehors quand les spasmes étaient violents. Les muscles de la face se sont convulsés ensuite du même côté, ainsi que ceux du tronc et du mem-

bre inférieur. Les orteils en marchant sont convulsés comme les doigts.

Soumise à l'électricité pendant son séjour à l'hôpital général du Massachusetts, cette enfant a éprouvé une certaine amélioration, sans qu'il soit possible de dire si c'en est la vraie cause. (*Soc. médicale de Boston*, octobre 1877.)

Un cas analogue est rapporté par le docteur Cabadé avec cette différence qu'au lieu de spasmes il s'agissait de tonus cataleptique. C'était chez une hystérique frappée d'anesthésie du côté gauche. Au milieu des accès et des attaques hystériques ou à la suite, le côté gauche anesthésié était pris d'une sorte de léthargie. On pouvait soulever le bras gauche, qui restait dans la position qu'on lui faisait prendre, sans que rien de semblable eût lieu à droite. Il y aurait donc une hémi-catalepsie, comme il y a une hémi-chorée. (*Tribune méd.*, 1877.)

Athétose double. Tout en occupant les mêmes parties, le même siège d'élection, elle existe des deux côtés du corps et consiste de même en mouvements lents et involontaires. Les idiots, les imbéciles en sont presque exclusivement frappés dès leur enfance. Elle ne se montre qu'exceptionnellement à un âge mûr et chez des gens sensés, intelligents ; mais, dans aucun cas, elle n'est précédée de paralysie motrice. Les mouvements sont moins exagérés que dans la variété unilatérale, et ils s'atténuent davantage au repos, jusqu'à cesser parfois momentanément. La volonté n'a pas plus de pouvoir pour les arrêter que dans l'hémi-athétose, mais ils existent bien plus souvent à la face que dans la forme simple. Tous les muscles sont pris ensemble ou séparément. De là des grimaces représentant toutes les variétés des sentiments impulsifs : le rire, la douleur, l'admiration, la curiosité. La parole est lente et confuse, souvent saccadée, comme si chaque mot était le résultat d'un effort. (*Thèses de Paris*, 1877, et *Revue mens. de méd. et chir.*, février.)

C'est donc là une affection d'origine différente, puisque le mouvement ni la sensibilité ne sont altérés. Il se rencontre avec la faiblesse, de la contracture, et c'est tout. Elle ne peut se rattacher ainsi qu'à une hémi-athétose primitive, sans anesthésie ni paralysie. Reste à découvrir celle-là pour expliquer celle-ci. Mais le tableau actuel est si différent de l'es-

quisse tracée par Hammond que l'on peut tout espérer de l'avenir et de l'observation.

Ses caractères sont, d'après le docteur Kinnicut, — qui en rapporte un exemple comme type chez un enfant dont la tête était affectée aussi bien que les mains, les muscles de la face et du cou, avec une légère incoordination des membres, intelligence faible et parole difficile, — d'être primitive, congénitale ou originaire des premières années de la vie ; bilatérale avec absence de toute paralysie et de troubles sensoriels, diminution marquée des mouvements pendant le sommeil et accompagnée d'un certain degré d'imbécillité.

Dans 4 cas observés sur des idiots de l'hôpital royal de Lancastre et relatés par le docteur J. Dreschfeld, les mouvements étaient de la même nature, aussi prononcés et aussi violents, bien que l'athétose fût simple chez deux et double chez les deux autres. Dans ces derniers seulement, un côté était plus affecté que l'autre. Soumis à la gymnastique, ces malades en ont été si améliorés que, en l'espace de neuf mois, ils pouvaient maîtriser leurs mouvements à l'état de repos et même les faire cesser durant quelques minutes en supportant la partie affectée. C'est donc là une indication utile pour le traitement. (*Revue mensuelle*, octobre.)

AUSCULTATION. Appliquée au diagnostic des tumeurs du cou par M. Laboulbène, elle s'emploie en faisant parler le malade à haute voix et en recueillant les vibrations vocales qui sont perçues sur les vertèbres cervicales ou au sommet de la tête. Un malade portant une tumeur énorme à la partie postérieure du cou y fut ainsi soumis. Malgré plusieurs consultations, le diagnostic variait entre un sarcôme, une tumeur liquide ou un abcès froid. Dans cette incertitude, M. Laboulbène eut l'idée de vérifier si, en faisant parler haut le malade, des vibrations en seraient transmises de dedans en dehors, comme dans les tumeurs solides, et perçues par la main appliquée dessus. N'en obtenant aucune, il conclut que c'était une collection liquide. Une tumeur solide aurait vibré à l'unisson et transmis les vibrations à la main. Une ponction fut faite qui donna issue à un liquide limpide, sans le moindre globule de pus. C'était un kyste hydatique très-rare en cette région.

Téléphone. Une première application de ce nouvel instrument a été faite dans le courant de mars par le professeur Da Costa, à sa clinique de l'hôpital de Philadelphie, pour l'auscultation des bruits du cœur et les différentes espèces de respiration. Quoique les premiers essais n'aient pas donné de résultats très-satisfaisants, ils ont démontré que de légères modifications à cet instrument pourraient permettre de percevoir l'impulsion la plus légère et d'en faire un agent indispensable des amphithéâtres cliniques.

Microphone. Ce nouvel instrument, inventé par le professeur Hughes, étant pour l'oreille ce que le microscope est pour l'œil, on a songé aussi à l'utiliser pour l'auscultation des poumons et du cœur. En rendant perceptible le pas d'une mouche à une grande distance, on pouvait espérer qu'il rendrait plus sensible les bruits du corps humain. Des expériences ont donc été faites par le docteur Richardson, mais l'attente a été vaine. Le murmure respiratoire et les bruits du cœur ne s'entendent pas mieux qu'avec le stéthoscope, en raison des vibrations électriques développées par le microphone et qui obscurcissent ces bruits. Certaines difficultés sont encore à surmonter; des perfectionnements sont à obtenir. Les plus petits défauts d'une montre peuvent cependant être constatés avec le microphone. Si la même analyse du mouvement peut être applicable à la mécanique animale, Laennec lui-même trouvera un redoutable rival dans le professeur Hughes.

Microphone stéthoscopique. En utilisant les tambours de M. Marey, M. Ducretet a donné une grande sensibilité à ce nouvel appareil. Les moindres vibrations, déterminées par un bruit quelconque à travers le corps, impressionnent les membranes élastiques qui y sont adaptées. On perçoit ainsi les battements du cœur et du pouls, les souffles de la poitrine. L'application seule du tambour explorateur pour distinguer ces bruits offre une certaine difficulté. (*Acad. des sciences*, juillet.)

B

BLENNORRHAGIE. Elle existerait à l'état latent chez un grand nombre d'hommes et de femmes, suivant le docteur Noeggerath, et serait la cause de la stérilité chez celles-ci. Une femme jeune, robuste et bien portante, mariée à un négociant américain, deux ans après qu'il était guéri d'une blennorrhagie, éprouva, trois mois après, des douleurs lombaires, ne pouvant s'occuper de son ménage ni se promener sans éprouver une grande fatigue. Les règles devinrent douloureuses, profuses et suivies de leucorrhée. La miction devint fréquente et même douloureuse. La leucorrhée, d'un jaune verdâtre, devint permanente. Il y avait paramétrite aiguë avec douleurs dans le dos et le côté gauche. L'utérus était fléchi latéralement et en avant, douloureux, le col rouge, érodé et couvert de mucus jaunâtre, ce qui suffisait bien à expliquer la stérilité. (*Amer. gynecol. Society*, 1877.)

105 observations semblables ne prouvent donc pas plus que celle-ci la thèse de l'auteur qu'il y avait blennorrhagie latente chez l'un et l'autre des époux. Tant qu'il n'y a pas écoulement spécifique ou non par l'urèthre, on n'est pas autorisé à voir là une blennorrhagie, et la stérilité ne peut lui être imputée.

Manifestations rhumatismales blennorrhoïques. Les rapports étroits de l'arthritis avec l'urèthre ont souvent fait mettre en question si la blennorrhagie était la cause des douleurs articulaires, rhumatismales ou goutteuses, qui se manifestent coïncidemment, ou si celles-ci étaient la cause de celle-là. L'extrême rareté de ce dernier cas, c'est-à-dire d'une blennorrhée sans contagion directe, a fait admettre de préférence la nature blennorrhagique de l'arthritis qui se développe simultanément, mais le fait contraire, opposé, peut aussi avoir lieu. Le docteur Debausseaux en relate un exemple concluant qui s'est manifesté à deux reprises chez un jeune soldat présentant comme symptôme primitif une conjonctivite aiguë double avec le caractère purulent. Il n'y

avait cependant rien à l'urèthre. L'uréthrite du méat n'apparut que le lendemain et l'arthrite du genou le surlendemain. Ce garçon n'avait eu aucun rapport sexuel. Son père, rhumatisant, avait présenté le même phénomène. (*Rec. de méd. et chir. militaires*, mars.)

La manifestation primitive peut donc ne pas être l'affection principale, et il y a lieu de subordonner cette manifestation accidentelle, passagère, à la diathèse principale, qu'elle soit rhumatismale ou goutteuse.

Complications cardiaques. Ce n'est plus seulement le rhumatisme ou plutôt l'arthrite que la blennorrhagie provoque, mais toutes les complications cardiaques de celle-ci. Exemples : le cas d'endocardite aiguë, observée par le docteur Marty sur un blennorrhagien exempt de rhumatisme et d'inflammation métastatique des articulations, et les 9 observations analogues collectées à l'appui. Mais, dans 8 de celles-ci, la complication cardiaque avait été précédée de la manifestation rhumatismale et 2 seulement en étaient exemptes. (*Arch. de méd.* 1876.)

Adoptant cette étiologie, M. Desnos a considéré comme de nature purement blennorrhagique une endocardite végétante considérable des valvules aortiques et de toute la cavité du cœur, rencontrée à l'autopsie d'un homme entré dans son service de la Pitié, un mois auparavant, pour une bronchite aiguë. Il n'avait jamais eu de rhumatisme et le cœur était intact. Une douleur de l'épaule se fait bientôt sentir et se localise dans l'articulation sterno-claviculaire, siége de prédilection du rhumatisme blennorrhagique, selon M. Fournier. On s'aperçut alors seulement de la blennorrhagie. De violents battements de cœur se déclarèrent, puis de l'œdème pulmonaire et de l'infiltration des membres inférieurs, sans albumine dans les urines, et enfin la mort. (*Soc. méd. des hôp.*, novembre 1877, et *Union méd.*, n° 4.)

Comment voir l'étiologie d'une altération si grave et si rapide du cœur dans un simple écoulement latent qui n'avait pas même été signalé par le malade ni remarqué du médecin? L'extrême rareté de cette complication du rhumatisme blennorrhagique, — des spécialistes comme Rollet et Fournier n'ont jamais rencontré de lésions car-

diaques — commandait au moins la réserve, surtout en présence d'une bronchite généralisée avec congestion œdémateuse se traduisant par la fièvre, une dyspnée intense, de très-nombreux râles sous-crépitants des deux côtés, en avant comme en arrière, tellement que l'asphyxie détermina la mort. Ces accidents pulmonaires étaient si graves qu'ils n'ont pas même permis de savoir si la douleur rhumatismale locale y prenait une certaine part, et l'autopsie montra les deux poumons rouges, ne revenant pas sur eux-mêmes et laissant suinter partout, sous la pression, un liquide d'un rouge pâle extrêmement spumeux. Mais on ne tient aucun compte de ces symptômes ni de ces lésions, et, pour suivre la loi de Bouillaud, on ne veut voir là qu'une coïncidence rhumatismale produite par la blennorrhagie pour expliquer la mort par les lésions mitrales et aortiques!! Esprit de système plutôt que d'observation.

Telle n'est pas la péritonite et le phlegmon péritonéal dont M. Faucon, après bien d'autres observateurs, relate deux cas. Cette grave complication ne saurait cependant s'expliquer par continuité, car il n'y a pas de rapport immédiat entre l'urèthre et le péritoine. Mais, en s'étendant à l'épididyme et aux vésicules séminales, l'inflammation peut gagner le péritoine par contiguïté, par propagation, et c'est ainsi que l'extension du mal se fait. De là la formation de collections purulentes.

Il faut prêter une attention sérieuse aux complications ordinaires de la blennorrhagie. Si elles sont légères, elles peuvent en provoquer des plus dangereuses. Ces accidents tertiaires ne doivent pourtant pas être pris à la lettre. (*Arch. de méd.*, octobre et novembre 1877.)

Traitement de la blennorrhagie par le baume de Gurjun, par le docteur Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis. Brochure in-8°, Paris.

BRULURES. *Mort subite.* On l'expliquait jusqu'ici par l'excès de la douleur et le choc, le trouble profond en résultant sur la circulation dans les brûlures graves. Les Allemands vont encore changer tout cela en y substituant une cause plus appréciable. Ponfick et Schmidt ont fait des expériences à cet effet en brûlant des animaux, comme

c'est de rigueur. Ils ne disent pas à quel degré, mais jusqu'à la mort sans doute, puisque c'était pour en connaître la cause. Or, dans tous les cas, ils ont trouvé le sang altéré et les globules rouges séparés en de nombreuses petites granulations. Ils disparaissent même, après un certain nombre d'heures, en excitant des troubles apparents dans plusieurs organes. Une grande partie d'hémoglobine libre était ensuite éliminée par les reins, dont le parenchyme était très-enflammé dans les cas graves avec des fragments colorés dans l'urine, tandis que les tubules étaient obstrués et l'épithélium graisseux. Une partie des globules rouges décomposés était aussi entraînée par les cellules contractiles de la rate et de la moelle des os, où leur destruction s'accomplissait sans doute, comme le développement de ces cellules, leur rougeur intense et leur ramollissement l'indiquaient avec évidence.

De là cette conclusion que la mort et les plus graves symptômes en cas de guérison, après les brûlures graves, résultent de la destruction des globules rouges du sang. La suppression de l'urine, l'empoisonnement urémique peuvent aussi y contribuer; mais, le sang étant surtout altéré, on recommande la transfusion dans ces cas. Voilà aujourd'hui la médecine des Allemands. On ne dit même pas si les animaux ont accusé de la douleur. (*Berl. Klin.*, *Woch.* 1877.)

Feu grisou. Une explosion survenue le 14 octobre dernier au puits Sainte-Barbe, à Rive-de-Gier, a mis en évidence plusieurs phénomènes restés douteux jusqu'ici sur ce genre de mort. 3 mineurs tués sur le coup, dont deux adultes asphyxiés par l'hydrogène carboné et un enfant de 14 ans dont le crâne avait été fracassé par la déflagration, n'ont présenté à l'autopsie, faite par le docteur Guinard, aucune trace de brûlure interne, comme quelques auteurs l'avaient admis jusqu'ici.

L'empoisonnement des survivants par l'air de la mine s'est également infirmé. Sur 12 brûlés plus ou moins grièvement et remontés vivants, 6 ont succombé du premier au troisième jour, en présentant une surexcitation extrême, avec insomnie, délire, un sentiment de froid intense, des spasmes épigastriques, avec soif inextinguible, pouls petit et fréquent, sans que le lait, donné en abondance comme

contre-poison, ait amené la moindre rémission. L'amélioration rapide des 6 autres, dès qu'ils furent placés au grand air, prouve le peu de fondement d'une intoxication par les gaz délétères.

La mort par le feu grisou arrive donc comme les brûlures étendues par un liquide, la vapeur ou une flamme quelconque. La miction s'est pourtant faite normalement et sans douleur, contrairement à la brulûre par le pétrole. (Voy. *année* 1873.) La langue a toujours été blanche et saburrale, jamais rouge ni sèche.

Ces brûlures sont aggravées par la dépression des mineurs, résultant du séjour plus ou moins prolongé dans la galerie, et la difficulté, l'incommodité de les remonter à l'air libre, l'enlèvement de la peau et la souillure des plaies par la houille. L'état général des mineurs influe également, car trois jeunes Piémontais de 18 à 22 ans, nouvellement arrivés, succombèrent les derniers, quoique plus gravement brûlés que les trois autres. Aucun ne présenta de trace de brulûre au delà des lèvres. Rien dans l'œsophage ni l'estomac.

Il faut donc soigner ces malheureux comme les brûlés ordinaires. L'impossibilité de maintenir un bandage en place suggère l'idée à M. Guinard de les plonger de préférence dans un grand bain doux et prolongé pour les calmer, en administrant des potions morphinées et chloralées, sinon des inhalations de chloroforme. (*Lyon méd.*, n° 43.)

Pansement phéniqué. Comme le professeur Busch, de Bonn, M. Verneuil en retire les meilleurs effets dans les brulûres étendues. La réaction inflammatoire est modérée ; la septicémie aiguë et l'infection putride sont prévenues ; la suppuration est diminuée, ainsi que l'élimination des parties carbonisées. La cicatrice est lisse et extensible. (*Bulletin de thér.*, octobre.)

C

CALCULS. Calculs vésicaux. Une collection de 500, provenant de 420 hommes adultes dont l'âge moyen était de 61 ans et demi, a été soumise à la Société royale médico-

chirurgicale de Londres par sir H. Thompson, comme résultat général de sa pratique spéciale pendant les vingt années antérieures à 1877. Leur composition chimique est dans l'ordre de fréquence suivant :

Acide urique	313
— phosphatique	99
— formés sur des corps étrangers	4
Mixtes	81
Phosphate et carbonate de chaux	2
Oxyde cystique	1

61 décès seulement sont résultés de l'opération dans les six semaines de son exécution, savoir :

32 décès sur	422 cas de	lithotrities	: soit	1 : 13
29 —	78	taille		1 : 2 3/4

Ces chiffres sont évidemment en faveur de la lithotritie, d'autant plus que 3 décès dus à des maladies de cœur après son exécution sont retranchés de son passif. Mais, comme l'a remarqué M. Cadge, les statistiques ne donnent que la moitié de la vérité et renferment beaucoup d'erreurs, que l'on trouvera indiquées plus loin. Voy. Lithotritie.

Diagnostic par le microphone. En alliant cet instrument au téléphone (voy. Auscultation), sir H. Thompson l'a fait servir au diagnostic de la pierre. Sur l'indication du professeur Hughes lui-même, il a établi un faible courant galvanique avec trois éléments d'une batterie Léclanché qu'il fit passer, à l'aide d'un très-petit fil flexible, à travers le téléphone et le microphone, celui-ci étant fixé à la poignée du cathéter. Le pôle opposé de la batterie était appliqué en arrière.

Une expérience ayant été publiquement faite en présence de plusieurs médecins et chirurgiens sur un homme anesthésié qui allait subir la lithotritie, le plus léger attouchement du calcul et le contact avec un petit fragment, qui n'étaient pas entendus par les auditeurs les plus rapprochés, furent distinctement perçus au contraire par ceux qui, très-éloignés, tenaient le téléphone ; et, en le portant à l'oreille, le bruit était bien plus fort et distinct. Le son produit n'est pas le même que celui entendu en frappant la pierre ; c'est

un *click* distinct donnant l'impression du choc d'un corps étranger qui, dans les mouvements explorateurs de la sonde dans la vessie, en révèle parfaitement la présence. Le frottement de l'instrument sur les parois de l'urèthre et de la vessie produit aussi un bruit d'un caractère particulier, tout à fait subordonné au click et qui n'en empêche pas la perception. En disant que ce microphone spécial est assez sensible pour faire entendre les pas d'une mouche sur un linge, c'est faire comprendre, dit M. Thompson, que le plus petit fragment de calcul, s'il est rencontré par la sonde, sera certainement révélé par un bruit.

C'est ainsi que, en plaçant une pointe d'épingle et un morceau d'ongle dans la vessie ouverte devant son auditoire, le bec de la sonde, mise en rapport avec un microphone *ad hoc,* donnait un bruit spécial en les rencontrant, tandis qu'elle n'en produisait aucun sur les parois de la vessie. (*British med. journ.*, et *Lancet*, juin.)

Il n'est donc pas douteux que de grandes améliorations ne résultent de l'emploi de cet instrument pour le diagnostic de la pierre et pour en prévenir les récidives. Son emploi suffira aussi, en substituant le stylet à la sonde pour explorer les sinus ou les plaies, à découvrir le plus petit séquestre, le plus petit fragment de balle ou tout autre corps étranger inaccessible au toucher, par un bruit analogue. (*Lancet*, juin, n° 23.)

Un nouveau microphone explorateur, appliqué spécialement à la recherche des calculs pierreux dans la vessie, a été imaginé par MM. Chardin et Berjot. C'est une tige métallique légèrement recourbée à l'une de ses extrémités et adaptée à un manche à l'intérieur duquel le microphone est fixé. Il consiste dans une petite bascule de charbon de cornue, maintenue appuyée sur un contact de charbon par un petit ressort à boudin et reliée, ainsi que ce contact, aux deux fils d'un circuit téléphonique dans lequel une pile est interposée. Que la pointe de la tige rencontre un corps pierreux, un bruit sec et métallique se produit très-distinct des bruits de frottement de la tige sur les tissus. Employée par M. Thompson, cette modification est considérée aujourd'hui comme très-importante en Angleterre et devient ainsi un accessoire utile des autres instruments de lithotritie. (*Acad. des sciences*, août.)

Calculs biliaires. Leur formation dans la vésicule biliaire est due à deux causes, d'après le docteur Beneke : à l'augmentation de la cholestérine formée dans le foie, de manière qu'elle paraît dans la vésicule en même temps que l'urate de soude ou l'acide urique paraissent dans l'urine concentrée, ou bien à l'insuffisance des sels biliaires pour la tenir en solution. Après l'examen de 375 calculeux, il a trouvé que les calculs biliaires coïncident 70 fois sur 100 avec la dégénérescence athéromateuse des artères, bien que ces calculs, rencontrés ordinairement à un âge moins avancé que l'athérome, soient plus fréquents chez les femmes que chez les hommes, tandis que l'athérome se rencontre presque également dans l'un et l'autre sexe. (*Deutsch. Archiv f. Klin. medicin.*)

Une preuve éclatante de cette coïncidence est donnée par M. Dunlop. Une vieille imbécile de 94 ans étant morte subitement, le 12 février, à l'asile Saint-Pancras, l'autopsie montra non-seulement la rupture d'un vaisseau à la base du cerveau comme cause de la mort, mais des plaques crétacées sur le cœur, l'athérome des parois artérielles, l'épaississement et la pigmentation des bronches et 2011 calculs biliaires renfermés dans une énorme vésicule et pesant 48 grammes. Mais le foie énormément hypertrophié et dégénéré pouvait bien à lui seul avoir contribué à produire cette masse de calculs, la bile ne pouvant plus tenir la cholestérine en solution et celle-ci se déposant en calculs de toute sorte et de tout calibre. (*Lancet*, 20 juillet.)

Eau de Carlsbad ou *sel de Sprudel.* Le professeur Goldsmith, ayant eu un membre de sa famille qui souffrait d'atroces coliques biliaires et qui ne pouvait tolérer l'opium ni la morphine pour les calmer, conduisit le malade aux eaux de Carlsbad, réputées à cet effet. Or il a vu là que ces eaux chaudes, de Sprudel en particulier, sont refroidies dans un gobelet jusqu'à ce qu'elles puissent être bues lentement et en se promenant. Le régime prescrit est surtout important pendant et après la cure : à déjeuner, un ou deux œufs à la coque suivant l'appétit, avec pain et café ou chocolat, sans rien de plus ; à dîner, un potage avec un peu de viande et quelques légumes. Beurre, fromage, vinaigre sont absolument exclus, tandis que la promenade, l'exercice sont recommandés

avant les repas. Il a vu tous les malades soulagés ou guéris.

Pour les calculeux qui ne peuvent se rendre en Bohême, il estime que les sels de la source de Sprudel, dissous dans de l'eau chaude, pris avec les mêmes précautions et le même régime, agiraient aussi efficacement sur le foie et la bile. Un gramme dissous dans trois verres d'eau chaude, à boire lentement de 15 à 20 minutes d'intervalle, une demi-heure avant de déjeuner et en se promenant comme à la source, est la dose ordinaire. On peut la diminuer si l'on en est trop purgé ou si les trois verrées produisent du mal de tête. Il en a prescrit l'usage à plusieurs malades avec les meilleurs effets. Le catarrhe de l'estomac et le gonflement du foie, simple ou inflammatoire, surtout chez les buveurs, en sont également améliorés. Ces sels, comme les eaux mêmes dont ils proviennent, provoquent une abondante sécrétion de bile qui entraîne les calculs et en prévient ensuite la formation. (*Boston med. and surg. journal*, janvier, n° 5.)

CANCER. *Hématémèse active initiale.* Voy. HÉMORRHAGIES.

Cancer des amygdales. *Excision externe.* La rareté de ce cancer est telle que, sur une statistique de 9118, Lebert n'en a trouvé que 3 cas; Sibley en a rencontré 6 sur 520 et Baker 2 seulement. Mais sa gravité au contraire est excessive, et il ne laisse guère vivre plus d'un an s'il n'est pas enlevé de bonne heure. Quant à la voie à suivre pour rendre cette extirpation plus facile, complète et sûre, elle est interne et externe. D'après les auteurs anglais Bryant et Gross, le professeur Cheever, de Boston, est le premier qui ait exécuté cette excision par la voie externe en 1869. Mais le docteur Hueter a réclamé cette priorité en faveur de Langenbeck, qui, dès 1865, aurait employé cette voie en sciant le maxillaire inférieur et dont l'opéré guérit. Lui-même a renouvelé cette opération la même année; mais aucun de ces cas n'a été publié.

M. Cheever a répété cette délicate opération le 4 janvier dernier en en modifiant le manuel. C'était chez un fermier vigoureux, de 37 ans et de 6 pieds de haut. La maladie remontait seulement à quatre mois et siégeait à droite. Mais, dès le 20 décembre, les progrès en étaient si rapides qu'il

fallut opérer. Les ganglions sous-maxillaires avaient triplé de volume et perdu leur mobilité, et l'amygdale droite repoussait la luette à gauche. Une incision commençant à deux pouces au-dessous de l'angle du maxillaire et s'étendant vers son bord inférieur permit d'abord d'enlever un ganglion; puis l'incision fut continuée à angle obtus sur le maxillaire et à deux pouces au delà de la joue. On disséqua ensuite, on écarta les tissus pour mettre le maxillaire à nu et le scier juste en face du muscle masséter. La trachéotomie fut pratiquée et le pharynx séparé de la trachée par une éponge; puis le fragment antérieur du maxillaire porté en haut et en dedans, l'autre en haut et en dehors, de manière à livrer passage à la tumeur.

Le muscle mylohyoïdien étant divisé, l'index, passé dans la gorge, fit saillir l'amygdale en dehors. Une incision cruciale d'un pouce divisa le muscle constricteur supérieur et le pharynx, et la tumeur mise à nu fut ainsi excisée, sans hémorrhagie abondante. Aucune artère au-dessus de la faciale ne fut divisée, et la suite montra qu'aucun des nerfs de cette région n'avait été touché, sauf des filaments du facial.

Un drain fut placé, le maxillaire réuni, ainsi que la peau. Quatorze ligatures posées avaient leurs fils dans le fond de la plaie.

Tout alla si bien, sans complication, que l'opéré mangeait à table huit jours après, l'incision de la trachée étant fermée. Il ouvrait mieux la bouche qu'avant, et, le maxillaire paraissant plus solide, une incision cruciale fut faite, le 24e jour, sur la ligature métallique pour l'enlever. L'os était réuni par un tissu vasculaire très-ferme. Aucun liquide ne s'échappait de la plaie en avalant; de l'air en sortait seulement.

Malheureusement, la diathèse persistait; une nouvelle tumeur externe apparut dès le commencement de février, et le malade demanda courageusement à en être débarrassé de nouveau. Mais, dès le mois de mars, de nouveaux boutons cancéreux se montrèrent sur le siège même de l'amygdale enlevée, et, malgré la cautérisation au fer-blanc répétée à deux reprises et portée aussi profondément que possible, la tumeur était devenue plus grosse que jamais en mai. Il fallut s'arrêter et conseiller à ce malheureux, qui avalait et

respirait encore sans difficulté, à ne plus se soumettre à aucune opération. La récidive est si rapide et persistante, dans cette région vascularisée, que l'on peut se demander s'il est utile d'y porter le couteau.

Cette opération a différé de la première en ce que, au lieu de diviser les muscles digastrique stylo-hyoïdien et stylo-glosse, le champ opératoire fut ouvert par la division du maxillaire et l'écartement momentané des fragments. Cette manœuvre a paru préférable. Les piliers du voile du palais étaient restés intacts dans le premier cas ; ils durent être enlevés dans le second.

La crainte d'une fistule permanente est donc sans fondement dans la pharyngotomie comme celle-ci, et les résultats de l'œsophagotomie le prouvent. L'excision externe de cette tumeur est donc faisable, malgré les dangers et les difficultés inhérentes à son exécution. (*Boston med. and surg. journal*, août, n° 5.)

Cancer du maxillaire. *Injections sous-cutanées d'acide acétique.* A l'appui des succès annoncés l'année dernière par ce moyen, il convient de citer ceux obtenus par le docteur Giess. Chez un homme de 62 ans, atteint d'un carcinome de la branche horizontale gauche du maxillaire inférieur et qui avait déjà subi l'excision de plusieurs noyaux cancéreux de la lèvre et de la langue, deux autres tumeurs s'étant développées sur le maxillaire inférieur et une autre dans le voisinage de la glande sous-maxillaire droite, il y pratiqua successivement chaque jour une injection avec une solution d'une partie d'acide sur 3 d'eau en dirigeant le bec de la seringue de divers côtés. Malgré les cataplasmes, un gonflement énorme s'ensuivit, et la suppuration se forma. Des incisions y donnèrent issue, et ces tumeurs disparurent en totalité ou en partie.

Pareil succès eut lieu contre une tumeur cancéreuse du sein grosse comme un œuf de poule. La malade craignant beaucoup le bistouri, une injection d'acide acétique fut pratiquée pendant dix jours consécutifs. Une incision donna issue à une abondante suppuration le onzième jour, et, un mois après, il n'y avait plus qu'un noyau insensible, gros comme une noisette.

On peut douter de la nature cancéreuse de ces tumeurs;

mais les succès répétés obtenus par divers praticiens avec l'acide acétique en usage externe contre l'épithélioma ulcéré, et l'usage interne des acétates font que ces injections hypodermiques méritent d'être tentées dans toutes les tumeurs suspectes. En développant la suppuration, elles ne peuvent être préjudiciables, car, en cautérisant les tissus, elles ne peuvent guère favoriser l'absorption du suc cancéreux. (*Presse méd. chir. de Pesth*, n° 47, 1877.)

Cancer du sein. *Ischémie.* En annonçant la guérison du cancer du sein par ce nouveau moyen, M. Bouchut cache tout simplement que c'est la compression, tant de fois essayée et répétée sans grand succès, comme nous en avons été témoin par le *pulvérotopique* de Tanchou. On l'a également employée avec des ballons en caouchouc, des bandes et des bandelettes avec des morceaux d'amadou imbriqués entre elles.

C'est au moyen du caoutchouc vulcanisé, appliqué en cuirasse et doublé de plusieurs épaisseurs de ouate, que M. Bouchut, en comprimant la tumeur, y empêche l'arrivée du sang, suspend la nutrition et le développement du néoplasme. On détermine ainsi l'atrophie graduelle de la glande. Mais guérit-on mieux le cancer par ce mode de compression que par les précédents? L'auteur l'avance, mais ne le démontre pas. (*Acad. des sc.* février.)

Cancer du pancréas. *Ictère symptomatique.* Il est si difficile de diagnostiquer une lésion primitive et essentielle de cet organe que les moindres faits doivent être mis à profit pour élucider cette question. Un cancer, intéressant à la fois le pancréas, l'intestin et le foie, observé par M. Gougenheim chez une blanchisseuse de 56 ans, doit ainsi être utilisé. Malade seulement depuis un mois, lorsqu'elle entre à l'hôpital pour des coliques violentes avec diarrhée, constipation et ballonnement du ventre, cette femme présentait surtout un ictère intense : à l'examen, anurie depuis deux jours ; 200 grammes d'urine par le cathétérisme.

Du 1er au 22 mai, le ventre reste ballonné avec constipation et ictère croissant; urines foncées avec biliverdine. Les purgatifs amènent des débâcles suivies de diarrhée sans fièvre. L'idée d'un carcinome de l'intestin et du pancréas

fait donner du beurre sans que l'on en retrouve des traces dans les selles. Dès le 14, la malade maigrit visiblement et s'éteint dans la prostration la plus complète.

Une tumeur carcinomateuse grosse comme le poing, parfaitement localisée, enserre le côlon transverse, qui adhère au bord antérieur du foie normal, imprégné de bile et de couleur jaune verdâtre. Un pont de tissu cancéreux existe entre lui et le pancréas, dont le tissu normal a presque disparu et ne forme plus qu'une tumeur jaunâtre, très-dure à la coupe, avec induration marquée de la tête de cet organe. Le duodénum est aussi englobé dans la tumeur et rétréci sur son trajet ainsi que le canal cholédoque, étreint aussi étroitement par la tumeur.

De là la complexité des symptômes. Mais comment, en présence de cet envahissement général, distinguer l'organe primitivement atteint? Ce n'est évidemment que par les symptômes. Or l'ictère n'étant apparu qu'après une huitaine de jours de malaise et d'affaiblissement, et les troubles abdominaux, les coliques, le météorisme n'étant survenus que consécutivement, l'observateur rattache ainsi le début du mal au pancréas. Pourtant l'absence de graisse dans les selles et aussi l'amaigrissement marqué qui distingue les lésions de cet organe manquent pour confirmer cette interprétation. (*Soc. méd. des hôpitaux*, mai.)

Un autre exemple de carcinome primitif du pancréas, pris pour une péritonite tuberculeuse, est relaté par Strumpell in *Deutsch. Archiv für Kl. med.*, t. XXII.

Cancer du rectum. Il n'est pas de nature aussi maligne là qu'en d'autres parties, d'après Volkmann, car, dans trois cas, il a obtenu une guérison définitive par l'excision, et, dans d'autres, il n'y avait pas de récidive après 6, 5 et 3 années que l'opération avait été pratiquée. Un opéré est mort d'un cancer du foie 8 ans après l'opération, sans qu'il y eût récidive sur place. Un autre est en parfaite santé, depuis 11 ans que la première excision a été faite suivie de deux autres depuis.

Néanmoins, dans les cas graves, étendus, où il est allé jusqu'à exciser non-seulement l'anus et le rectum jusqu'à l'S iliaque, mais une partie du sacrum jusqu'au promontoire, et une partie de la paroi postérieure du vagin, il décline au-

jourd'hui cette mutilation. Il conseille simplement la colotomie, comme la pratiquent les chirurgiens anglais, mais en la limitant à ces cas graves et en réservant l'excision des parties malades dans ceux qui sont moins étendus. (*Volkmann's klin. Vorträge*, 1877.)

Cancer utérin. Contre les douleurs pulsatives atroces qu'il détermine, le docteur Ans-Lawrence a trouvé qu'une solution de seigle ergoté toutes les six heures, à la dose de 30 gouttes, soit 1 gr. 80, les fait céder mieux que tout autre calmant.

L'hydrate de croton-chloral réussit mieux contre les irradiations douloureuses des lombes, des cuisses, du dos.

CÉCITÉ. *Guérison par l'électricité.* Ce cas remarquable a été relaté par le docteur Rockwell à la Société névrologique de New-York dans sa dernière séance annuelle. Un accès épileptiforme fut immédiatement suivi d'une hémiplégie incomplète avec cécité absolue. L'amélioration de la paralysie eut lieu d'abord dans le membre supérieur, c'est-à-dire dans le sens inverse qu'elle se manifeste ordinairement, car le retour incomplet du mouvement se manifesta ensuite dans la jambe. Il y avait deux mois que cet état durait, la cécité étant complète, lorsque l'emploi de courants induits fut prescrit par un consultant. A peine les mit-on en usage que la vision reparut instantanément. Si donc ce retour de la vue a été spontané, on ne peut guère douter que la cécité ne résultât d'une influence réflexe de la lésion cérébrale produite dans le voisinage des tubercules quadrijumeaux et que l'influence stimulante du courant électrique n'ait agi de même pour la guérir. Ce fait est d'autant plus rare et remarquable que la plus longue durée de la cécité avait été de six semaines dans un cas de M. Bastian. (*Boston med. and surg. journal*, 4 juillet.)

CHANCRES. A l'état primitif, leur aspect et leur gravité varient, d'après Cock, suivant leur siège, c'est-à-dire la texture de la région. Plus le tissu est serré, moins le pronostic est grave. Les ulcérations infectantes du gland s'accompagnent ainsi d'accidents secondaires sérieux, comme si l'infection était moins facile et moins intense. Quelques

taches de roséole, un peu d'adénopathie, et c'est tout. Si la région est au contraire doublée d'une lame épaisse de tissu conjonctif lâche, très-extensible, comme au prépuce, sur le fourreau et surtout au voisinage du pubis, ils sont ordinairement plus graves, surtout en se rapprochant du cul-de-sac balano-préputial et du corps de la verge. Ceux de la base du gland sont intermédiaires. Mais ceux qui entourent la couronne ou qui correspondent à l'implantation du prépuce sont en général tenaces, s'indurent et sont suivis d'accidents secondaires interminables, de même que ceux de la base du frein. (*Guy hosp. reports*, 1877.)

Cette gravité ne va pourtant pas jusqu'au phagédénisme, car, topographiquement, celui-ci est beaucoup plus fréquent au gland que sur la peau de la verge, même en Angleterre, d'après Hutchinson. Il est vrai qu'il est surtout favorisé par un phimosis étroit et le défaut de propreté. Mais la nature du terrain est encore plus ici que celle du sous-sol. (*Med. Times and Gaz.* 1877.)

Tous les syphiliographes de Lyon s'accordent à reconnaître la disparition presque complète du chancre mou ou chancrelle actuellement dans cette ville. Il y a 15 ans, M. Diday citait ce symptôme dans 45 cas sur 60. La proportion de 4 : 1, ajoute M. Rollet, a en effet changé, et l'on doit attribuer ce changement aux meilleures conditions hygiéniques et sanitaires. Le chancre syphilitique est aujourd'hui plus fréquent que le chancre mou, ajoute M. Rodet, et M. Horand le prouve en montrant que, sur 225 chancres observés dans son service de l'Antiquaille en 1876, il n'y avait que 13 cas de chancres simples et 212 syphilitiques. L'auto-inoculation des chancres est ainsi presque toujours positive, même avec le pus du chancre d'inoculation. L'alopécie et l'anémie syphilitique sont également en décroissance marquée, d'après les mêmes observateurs. (*Soc. de méd. de Lyon*, 7 janvier.)

La diminution du phagédénisme, des bubons et de l'herpès génital est, pour M. Diday, une preuve que ces complications tiennent de la chancrelle, puisqu'elles disparaissent proportionnellement avec elle. Mais il est contredit à cet égard par tous ses collègues, qui ne voient dans cette diminution simultanée qu'un des effets de l'amélioration du régime sanitaire. Et cependant à Bordeaux, où ce régime a

été également perfectionné, la fréquence du chancre mou a augmenté. Sur trente-six vénériens, M. Vénot a trouvé seize chancrelles dont treize avec bubon chancreux. (*Idem*, mai.)

Excision des indurations initiales. Des bubons et des chancres sclérosés ayant été enlevés par Auspitz chez 33 malades, de 1873 à 1877, il a pu s'assurer que, comme règle, aucune induration n'est survenue consécutivement au siège même du mal et que les opérés ont été exempts de toute infection générale. Le phagédénisme de la plaie n'a ni prévenu ni annoncé cette infection.

L'induration ou la sclérose initiale n'est donc pas toujours suivie d'infection générale et n'en est pas une preuve. Elle doit être regardée simplement comme le premier dépôt de l'infection, le seuil de l'organisme d'où elle peut avancer ensuite. Il en est de même des bubons indolores qu'Auspitz distingue de l'adénite ganglionnaire syphilitique. Presque tous les bubons excisés, qui n'ont pas été suivis de syphilis, présentaient de l'engorgement de l'aîne.

L'induration consécutive à l'excision ne doit pas être tant considérée comme un signe d'infection générale que comme le reliquat local de la sclérose initiale.

L'excision peut atténuer cette infection lorsqu'elle ne la prévient pas. Elle doit donc être recommandée comme moyen protecteur, dans tous les cas de sclérose locale initiale de nature syphilitique, tant que d'autres symptômes d'infection générale font défaut, pourvu que cette excision soit facile, peu étendue et sans danger. Les chancres du gland et de sa couronne ne sont pas susceptibles de cette excision. Le siège de l'excision doit être traité comme une plaie simple. (*Allg. Viener med. Zeitung,* 1877.)

Ce ne sont pas seulement les chancres et les bubons initiaux qui peuvent être excisés avec succès, suivant le docteur Hardaway, mais tous les ganglions indurés du voisinage lorsqu'ils peuvent être enlevés sans danger. Fondé sur l'expérience de M. Raynaud qui réussit à inoculer le vaccin du cheval avec les ganglions lymphatiques contigus à la pustule d'inoculation (V. Vaccin), il en conclut que les virus en général, celui de la syphilis en particulier, ne sont pas absorbés par le sang, mais par les vaisseaux lymphatiques, qui le transportent dans le ganglion le plus voisin. Une

nouvelle confirmation de ce fait a été donnée par M. Colin d'Alfort, qui, en inoculant du sang charbonneux, a vu les ganglions lymphatiques les plus voisins du point d'inoculation devenir virulents quelques heures après, alors qu'ils ne contenaient encore aucune bactéridie apparente, non plus que le sang (V. Charbon). De là la nécessité d'exciser ces ganglions pour prévenir plus sûrement l'infection générale. Autrement, le virus syphilitique, d'abord localisé pendant un certain temps dans ces ganglions, se répand dans la circulation. La syphilis ne serait ainsi qu'une affection secondaire du sang. Et il donne comme preuves de cette interprétation que l'inoculation de la sécrétion du pus des chancres indurés peut ne produire que des chancres mous, suivant la disposition du malade. (*New-York med. journal*, décembre 1877.)

Chancres mammaires. La forme *phagédénique térébrante*, très-rare dans cette région, a été observée par M. A. Fournier chez une nourrice infectée par un nourrisson. Un chancre à chaque sein, accompagné d'adénopathie axillaire, se sont montrés simultanément sur l'aréole et, dans l'espace de quinze jours, se sont élargis et creusés d'un centimètre à deux de profondeur, de manière à loger facilement une fève. Fond irrégulier, inégal, blafard, putrilagineux ; bords nettement entaillés et relevés circulairement en crêtes. Néanmoins, malgré cette gravité, ils guérirent en moins d'un mois, par les antiphlogistiques, sous forme de grands bains tièdes tous les deux jours, fomentations émollientes et cataplasmes de fécule répétés pendant la période aiguë inflammatoire, et des pansements à l'iodoforme ensuite, c'est-à-dire alors que toute trace d'inflammation a disparu.

Le second cas était aussi remarquable par la multiplicité des chancres. Il y en avait 7 sur l'aréole du mamelon gauche et 16 à droite, soit 23, tous parfaitement distincts et séparés. Ils étaient nés également au contact d'un nourrisson syphilitique atteint de plaques muqueuses labiales. Et cependant c'étaient bien des chancres syphilitiques, malgré leur multiplicité, comme l'a montré la série d'accidents consécutifs. Preuve qu'il ne faut pas plus faire de l'unicité le caractère de celui-ci que de la multiplicité le signe absolu du chancre simple. (*Soc. méd. des hôpit.*, novembre 1877, et *Union méd.*, nos 17, 19.)

CHARBON. La discussion a continué sur l'étiologie de cette grave maladie. Un fait important a surtout été avancé par M. Colin : c'est que les ganglions lymphatiques, où l'induction clinique fixait le point d'arrêt de l'absorption du virus, en sont réellement le siège. Ses recherches donnent une sanction expérimentale à ce fait, d'autant plus important que ces organes se transforment successivement en foyers virulents de proche en proche à partir du point d'inoculation, deviennent virulents avant l'apparition des bactéridies dans leur intérieur et alors que le sang, le foie, la rate, ni aucun autre viscère ne possèdent cette fatale propriété. La tuméfaction, l'œdème, la teinte rougeâtre, l'hémorrhagie interstitielle sont les caractères physiques de cette virulence.

Mais M. Pasteur conteste la valeur de ces expériences, parce que le microscope ne saurait découvrir la bactéridie unique qui peut exister dans l'intérieur d'un ganglion virulent lors de l'examen. Tant que l'absence de ce vibrion n'aura pas été absolument démontrée par la stérilité bactéridienne de son ensemencement dans un liquide approprié, il considère ces expériences comme non avenues. (*Acad. de méd.*, mars.)

M. Pasteur a démontré expérimentalement un fait non moins important à l'appui de l'origine bactéridienne du charbon. Ayant reconnu que ce vibrion ne peut se développer à une température de 44° C., et qu'au dessous de 45 le sang des mammifères est incompatible avec la vie, comme la constaté Cl. Bernard, il a pensé que les oiseaux, la volaille, étaient peut-être rebelles au charbon, en raison de la température élevée de leur corps. Il a ainsi pris trois poules pour résoudre cette question. Deux ont été inoculées simultanément avec de l'eau de levûre servant à l'ensemencement de la bactéridie. L'une d'elles a été laissée libre ; l'autre avec la troisième, n'ayant rien reçu, ont été attachées, fixées à une planchette et plongées ainsi à mi-corps à peu près dans un bain d'eau froide à 25° pour abaisser leur température. 29 heures après, celle qui était inoculée et baignée mourait du charbon. Tout son sang, la rate, le poumon, le foie étaient remplis de bactéridies charbonneuses susceptibles de se reproduire dans les liquides inertes et dans le sang des animaux. L'autre poule, refroidie

comme la première, mais non inoculée, se porte aussi bien que celle qui, inoculée, n'avait pas été refroidie.

M. Colin, qui avait contredit d'abord ces résultats pour ne pas s'être placé expérimentalement dans des conditions identiques à celles de M. Pasteur, a été obligé de reconnaître publiquement leur exactitude, leur réalité. Toutes ses objections tombent ainsi devant la poule témoin qui a survécu, malgré qu'elle ait été garrottée, refroidie et anémiée, comme celle qui est morte.

De là les conclusions que les poules, comme les oiseaux, à l'état normal, sont réfractaires au charbon, en raison de la température élevée de leur corps; que, refroidies, elles le contractent facilement, de même que leurs petits, peu de temps après la naissance, alors qu'ils n'ont pas encore leur chaleur normale, comme M. Colin l'a réalisé chez les petits oiseaux par l'inoculation du sang charbonneux, tandis qu'il n'a pu l'obtenir chez les poules.

Il est même résulté de cet enseignement qu'une poule inoculée et refroidie pouvait se rétablir et guérir en étant mise dans une étuve et réchauffée immédiatement. Les bactéridies sont alors tuées à ce degré normal de sa température et les germes ne peuvent même s'en développer ultérieurement. De là l'indication de tenir les animaux menacés du charbon à une température aussi élevée que possible, comme contre-épreuve de cette ingénieuse et curieuse expérience. (*Idem*, juillet.)

CHIRURGIE. *Chirurgie d'Hippocrate*, par J.-E. Pétrequin, ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Deux volumes grand in-8. Paris.

Œuvre immense d'érudition et de science qui éclaire et rectifie bien des points restés obscurs dans l'œuvre du père de la médecine sur les fractures et les luxations surtout, les hémorrhoïdes et les fistules. Des rectifications, de nouveaux éclaircissements en font le complément indispensable des autres traductions. Aussi a-t-elle été confiée aux presses de l'imprimerie nationale, aux frais du gouvernement, car l'auteur, après plus de 30 ans de labeur continu, est mort avant de pouvoir la mettre au jour, bien qu'elle doive lui donner l'immortalité.

Traité d'anatomie topographique avec applications à la chirurgie, par M. Tillaux. Un vol. in-8° de 1221 pages avec figures dans le texte et tirées en couleur. Paris, 1877.

Quoique destiné particulièrement aux élèves que l'auteur est chargé d'instruire et de diriger à l'Amphithéâtre général des hôpitaux de Paris, ce livre peut également servir aux praticiens obligés de pratiquer des opérations délicates dans des régions dont ils ont un peu oublié les détails. Par sa clarté, sa concision et ses figures, ce livre les leur rappellera rapidement.

Manuel de pathologie et de clinique chirurgicale, par A. Jamain et Terrier. Tome 2e, 1er fascicule de 390 pages in-12. 3e édition, librairie *Germer Baillière*. Paris.

Avec le premier volume, publié en 1876, ce fascicule forme la moitié de l'ouvrage, qui comprendra 3 volumes au prix de 8 francs chacun. On ne peut que répéter le bien déjà dit ici de cette réédition, soigneusement revue et augmentée de toutes les acquisitions nouvelles de la science. L'ordre qui y règne permet de s'en convaincre facilement en consultant ce fascicule qui traite des maladies et des difformités des articulations. Toutes les espèces d'arthrites, celles de nature syphilitique surtout, y sont distinguées, différenciées avec les divers néoplasmes. L'étude des difformités congénitales et accidentelles forme une section à part.

La troisième partie, traitant des affections par régions et appareils organiques, commence par celles du crâne et du cerveau, puis du rachis et de la moelle et successivement de l'appareil olfactif. Par cette méthode simple et naturelle, rien n'est oublié, et tout se trouve à sa place pour faciliter le diagnostic différentiel. En réunissant les différentes lésions suivant leur nature, inflammatoires, traumatiques ou syphilitiques, il aide et facilite puissamment les recherches, aussi bien pour le diagnostic que pour le traitement.

CIRRHOSE. Cirrhose atrophique latente. Cette marche anormale a été observée chez trois hommes à l'Hôtel-Dieu de Lyon, en l'espace de six mois, et constatée par l'autopsie dans le laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté. Dans le premier cas, fondeur de 48 ans, l'œdème ne se révèle que huit jours avant la mort, arrivée subitement par des héma-

témèses répétées. Elle survint deux mois après le début des symptômes dans le second et un mois à peine dans le troisième. Dans ces trois cas, le foie, plus ou moins diminué de volume, ratatiné, dur, fibreux, à surface chagrinée ou framboisée, présentait tous les caractères de la cirrhose porte, granulée, avec ascite plus ou moins abondante. Des varices œsophagiennes, indiquées récemment comme un caractère spécial de la cirrhose, existaient même dans le premier, et il est remarquable que la mort arriva à la suite d'hématémèse, comme dans les deux derniers cas cités. (Voy. *années* 1875, 1877.)

Cette marche rapide ou latente, en contradiction avec la forme généralement lente qui est observée, mérite d'autant plus de fixer l'attention qu'elle n'est signalée explicitement dans aucun auteur classique. La récente traduction française de Murchison ne l'indique même pas, et, si celle de Frerichs cite le fait, c'est pour l'atténuer, en disant qu'une complication vient alors accélérer le dénouement fatal. Or il est remarquable que des complications graves existaient aussi dans les trois cas précédents : altérations du poumon gauche ici, de la rate et de l'aorte là, des reins et de la vessie ailleurs. La cirrhose n'était donc pas seule en question pour expliquer la mort.

Et, il faut bien le noter, puisque l'auteur de ces observations ne le fait pas, ce sont des complications analogues que l'on trouve dans les autres qu'il rapporte à l'appui de cette cirrhose latente. Excepté le cas observé par M. Pierret à la Salpêtrière et relaté trop succinctement, bien d'autres lésions coexistaient avec l'atrophie du foie. La rate même était très-volumineuse chez cette femme, morte 24 jours après un embarras gastrique suivi d'ascite rapidement croissante avec ictère. Si un foie petit, à surface bosselée, avec capsule opaque et épaissie, fut la principale lésion constatée par Frerichs chez ce garde de nuit de 58 ans, qui mourut dans le coma trois mois après une diarrhée compliquée d'ascite sans ictère, elle n'était pas davantage unique. La rate était aussi doublée de volume, recouverte d'une couche couenneuse d'un brun foncé uniforme, et des lésions non moins graves du tube digestif sont notées. De même chez ce phthisique de 21 ans, entré à l'Hôtel-Dieu à la fin de 1877 avec un œdème léger s'accroissant si vite, et accompagné

de vomissements, d'urines albumineuses, ascite, diarrhée, qu'il meurt un mois après. S'il y avait un foie petit, atrophié, à surface mamelonnée, dure, d'un blanc bleuâtre, capsule épaissie et tous les caractères d'une cirrhose périlobulaire, n'existait-il pas aussi des lésions tuberculeuses graves, une hydropisie de toutes les séreuses, néphrite interstitielle et rate très-volumineuse, rouge et ferme? (*Progrès méd.*, 4 mai.)

Il est donc important de tenir compte de ces lésions et des complications qu'elles entraînent pour expliquer la mort, sans la rapporter exclusivement à une cirrhose latente. Lorsque plusieurs organes, pris ensemble, expriment leurs souffrances simultanément, n'est-ce pas aux plus impressionnables, aux plus sensibles à donner le ton, la note aiguë? Les symptômes sourds de la cirrhose atrophique peuvent bien être ainsi obscurcis, voilés, cachés. Le début n'en peut être d'ailleurs facilement précisé chez ces malades des hôpitaux, comme MM. Simon et Rendu le font remarquer dans les *Dictionnaires*. Il paraît de plus, d'après M. Hilton Fagge, que l'altération cirrhotique peut exister chez les alcooliques sans déterminer aucun symptôme appréciable. De nombreuses autopsies d'ivrognes lui ont montré souvent le foie lésé sans que l'on en ait reconnu l'état morbide pendant la vie. Or c'est au moins le cas pour le premier des malades précédents et peut-être pour d'autres, ce qui expliquerait encore mieux cette forme latente. Il y a donc lieu d'y faire attention à l'avenir. (*Lyon méd.*, n° 43.)

COCA. *Ensayo esperimental sobre el erythroxylum Koca* (essai expérimental sur la coca). Thèse inaugurale soutenue à la Faculté de médecine de Buenos-Ayres par M. Espinosa, ancien interne de l'hôpital général. In-4 de 90 pages avec tracés sphygmographiques et tableaux synoptiques. 1877.

On s'est assez occupé de la coca dans ces dernières années pour ne pas avoir à nous appesantir sur les caractères botaniques et chimiques, la matière médicale, ni les usages pharmaceutiques de cette fameuse plante, malgré les détails intéressants contenus à cet égard dans cette thèse. Son histoire générale est bien connue, et l'on sait que, glorifiée et divinisée autrefois dans l'empire des Incas à l'égal de la vigne en Europe, à cause de la force, de la vigueur qu'elle communiquait à ses habitants, elle est encore d'un usage

très-répandu dans diverses régions de l'Amérique méridionale, notamment le Pérou et la Bolivie, où elle forme une source de richesse pour ceux qui la cultivent et est l'objet d'un impôt important pour l'État. En débattant le prix de sa journée, l'ouvrier indien y comprend la quantité de coca à recevoir, comme ici la quantité de vin, et c'est en en mâchant ainsi deux à trois onces par jour qu'il se livre aux durs travaux des mines du matin au soir. Elle est l'analogue du vin ici, comme du thé et du café ailleurs, sous le rapport de l'alimentation. Nous n'avons donc qu'à indiquer certains détails moins connus sur l'usage de cette plante et ses propriétés, d'après les expériences personnelles de l'auteur.

L'Indien est toujours pourvu d'une certaine quantité de feuilles de coca, qu'il porte ordinairement avec lui dans une *blague*, comme les fumeurs leur tabac. Mais il ne la mâche pas seule, comme on le croit. A sa *mascada* ou chique, il joint un morceau de *llipta*, espèce de pâte sèche composée avec les cendres de divers végétaux et donnant à l'analyse plus d'un tiers de son poids de carbonates alcalins. L'acidité naturelle de la coca est ainsi neutralisée, et le principe actif, la cocaïne, mis facilement en liberté par la mastication. Les bicarbonates de soude et de potasse ou d'autres alcalins, les pastilles de Vichy en particulier, peuvent donc suppléer efficacement la *llipta*. Les pastilles de coca sont ainsi une des meilleures préparations pharmacologiques de ce produit par les poudres alcalines qui peuvent en former l'adjuvant.

Il n'est pas à désirer que l'usage de ce produit exotique s'introduise et se naturalise parmi nous, car, comme le tabac, l'opium, le haschich, le vin et l'alcool, il entraîne facilement à l'abus par le bien-être et le plaisir qu'il procure. L'Indien se passionne ainsi à mâcher la coca et à en avaler le suc pour se plonger dans une sorte d'ivresse qui lui procure des hallucinations extatiques dont on peut avoir une idée par ce que dit le docteur Mantegazza de ses sensations : « Transporté sur les ailes de deux feuilles de coca, je volais dans les espaces de 77,438 mondes plus splendides les uns que les autres. Dieu est injuste, ajoute-t-il une heure plus tard, d'avoir fait l'homme capable de vivre sans mâcher, chiquer constamment la coca. Je préfère une vie de dix années avec la coca que cent mille... siècles sans elle. » Qui ne voudrait connaître et goûter ces jouissances

paradisiaques dans notre Europe si sensuelle, s'il pouvait se les procurer au prix de quelques feuilles de coca, si elles étaient à sa disposition.

Pour mieux en savourer les délices et cacher sa passion, l'Indien se retire dans la solitude des bois; mais on le reconnaît à son retour à sa pâleur, ses tremblements musculaires, ses yeux ternes et abattus, surtout chez les jeunes gens. Tels sont les *coqueros*, qui ne tardent pas à contracter une véritable cachexie cocalique analogue à l'alcoolisme.

Tous les cerveaux, il est vrai, ne sont pas aussi impressionnables que celui de Mantegazza à l'influence hallucinatoire de la coca. Après en avoir absorbé 24 à 30 grammes, l'auteur n'en a éprouvé qu'une excitation légère, un peu de douleur et de céphalalgie et la privation du sommeil. Le haschich, le stramonium et quelques baies de belladone réussissent donc plus sûrement à provoquer les hallucinations.

Quant à ses propriétés physiologiques d'augmenter la force musculaire, le mouvement, l'agilité, et d'entretenir la chaleur organique, en retardant la combustion des éléments plastiques et réparateurs de l'économie comme les aliments d'épargne, elles sont contredites par les résultats obtenus par l'auteur. S'étant soumis, conjointement avec l'un de ses camarades, M. Berra, comme témoin et terme de comparaison, à un régime uniforme et détaillé pendant 25 jours consécutifs, du 17 mars au 10 avril 1877 inclusivement, il a divisé cette observation en cinq périodes égales de cinq jours en ajoutant une dose quotidienne de coca à leur régime alimentaire dans deux de ces périodes intermédiaires, savoir : 12 grammes par jour du 23 au 27 mars, et 24 grammes du 2 au 6 avril, laissant ainsi un intervalle de cinq jours avant et après chaque expérience, pour juger plus clairement de leurs résultats. Or les conditions atmosphériques et l'état des fonctions organiques des deux expérimentateurs étant consignés jour par jour sur deux tableaux synoptiques correspondants, une accélération manifeste de ces fonctions, avec augmentation notable de leurs résidus, en est résultée sous l'influence de la coca, comme le prouvent les chiffres suivants des moyennes obtenues dans chaque période :

ESPINOSA.

Périodes :	1	2	3	4	5
Urine acide rendue en 24 heures....	gr. 1022	gr. 1492	gr. 1052	gr. 1129	gr. 1146
Urée.....	29,67	32,30	24,75	28,19	25,16
Acide urique.....	0,298	0,453	0,307	0,328	0,345
Phosphates.....	1,150	1,532	1,112	1,215	1,286
Chlore.....	10,38	9,15	6,64	7,19	7,26
Température.....	36,66	36,67	36,75	37,20	36,85
Pouls.....	74,37	77,5	75,20	80,8	78,65
Respiration.....	18,5	16,5	16,0	17,32	16,08

BERRA.

Périodes :	1	2	3	4	5
Urine acide rendue en 24 heures....	gr. 1035	gr. 1209	gr. 1111	gr. 1185	gr. 1223
Urée.....	32,31	32,95	27,89	29,59	28,81
Acide urique.....	0,331	0,369	0,316	0,362	0,382
Phosphates.....	1,251	1,317	1,250	1,381	1,393
Chlore.....	10,91	8,55	7,06	7,75	7,90
Température.....	36,88	37,09	37,10	37,20	36,99
Pouls.....	79,4	76,8	74,0	79,45	66,83
Respiration.....	19,35	16,65	15,46	16,75	15,58

L'action diurétique de la coca a donc été manifeste ici, comme dans les expériences de Gazeau et Mantegazza, avec augmentation proportionnelle de la couleur et de la densité de l'urine, ainsi que de l'élimination de l'urée, de l'acide urique et des phosphates, simultanément avec l'élévation de la température et du pouls, tandis que le chlore et la respiration baissaient notablement. Ces résultats ont été corroborés par d'autres expériences consécutives et isolées sur différentes personnes montrant uniformément que l'usage de cette substance augmente constamment la quantité d'urine et celle de l'urée, même avec une nourriture insuffisante, comme la fréquence et la force des pulsations, ainsi qu'en témoignent les tracés sphygmographiques. Enfin il a suffi d'ajouter des feuilles de coca à la ration de choux de deux cochons d'Inde pour les voir dépérir et succomber rapidement. Tous ces résultats concordants placent donc la coca parmi les agents accélérateurs des combustions organiques, c'est-à-dire désassimilateurs et déperditifs, comme l'ont fait Gazeau, Rabuteau, Mantegazza, Moreno Maïs et Demarle,

contrairement à Marvaud, qui seul en a fait un agent d'épargne, avec Ott, de Philadelphie.

C'est évidemment là tout ce qu'il est permis de conclure de ces nouvelles et minutieuses expériences. Les exceptions qui se rencontrent dans les chiffres et les résultats contradictoires des expérimentateurs ne permettent pas d'entrer dans les détails. Vouloir expliquer comment les Indiens recherchent la coca pour entretenir leurs forces et apaiser la faim, c'est un mystère d'habitude et d'organisation dont les expériences humaines ne peuvent rendre compte. Au lieu des hypothèses contraires émises à cet égard et rapportées dans cette thèse, il serait beaucoup plus physiologique de considérer qu'il y a de grandes différences de force, de sobriété, de tempérament, d'habitudes, de privations entre l'Indien et l'Européen. On ne saurait comparer un usage passager de cette substance avec son emploi habituel et continu. Si elle active les combustions organiques au début, elle agit à la longue sur le système nerveux et plus ou moins suivant les idiosyncrasies, comme la différence de ses effets le prouve. Comment le café fait-il dormir les uns et tient-il les autres éveillés? Pourquoi agit-il aussi contradictoirement sur le sens génital? Si bien supporté que soit généralement le tabac, il est invinciblement insupportable pour quelques-uns, malgré leurs tentatives réitérées pour s'y habituer. Aucune expérience n'expliquera jamais ces différences, idiosyncrasiques évidemment.

En montrant que les recherches expérimentales sont aujourd'hui plus en vogue que les observations cliniques sur les bords de la Plata comme à Berlin et à Paris, cette thèse témoigne qu'elles ne réussissent pas mieux là-bas pour expliquer les effets contradictoires de la coca que celles qui ont été faites ici sur l'action du thé et du café.

COEUR. Pour montrer que l'élément musculaire a une action réelle dans le premier bruit, le professeur Arnold, de New-York, a curarisé un chien de moyenne taille, et, le cœur étant exposé et la respiration artificielle établie, il a entendu clairement les bruits avec un stéthoscope simple et double. Le cœur a dès lors été enlevé rapidement, et un scalpel à lame étroite a été introduit par les oreillettes pour couper les cordes tendineuses des valvules auriculo-ventriculaires,

ce qui a été vérifié ensuite. Or, en appliquant le stéthoscope sur l'organe qui se contractait encore, le premier bruit était très-distinctement entendu non-seulement par l'opérateur, mais par des auscultateurs exercés. De là la preuve de l'élément musculaire et l'influence de la dégénérescence graisseuse sur le premier bruit. (*New-York med. journal*, avril.)

Ces résultats ont-ils la signification précise qui leur est attribuée? On peut en douter en présence des pulsations actives du cœur, découvertes et observées au microscope, par MM. Laborde et M. Duval, chez l'embryon du poulet, dès la vingt-sixième heure de l'incubation, alors que ce cœur, à peine formé, n'est encore qu'un simple tube renflé, sans éléments protoplastiques distincts, c'est-à-dire sans caractères musculaires ni nerveux. La pulsation cardiaque en démontre pourtant la contractilité et l'autonomie fonctionnelle de celle-ci. Elle commence par les parties veineuses, comme chez les animaux à sang froid, et ne s'étend que graduellement à la portion ventriculaire et artérielle. D'où la démonstration que la révolution commence par la portion veineuse et auriculaire. L'*ultimum moriens* de Bichat est donc aussi le *primum se movens*. (*Acad. de méd.*, novembre.)

Bruit de souffle anémo-spasmodique. C'est le souffle anémique du thorax, dont celui des jugulaires est le type, qui l'accompagne constamment et le suit toujours. Ainsi nommé par M. C. Paul parce que l'anémie seule ne suffit pas à le produire, le spasme des vaisseaux est encore nécessaire, comme en témoignent 27 observations rapportées à l'appui et faites avec le stéthoscope flexible de l'auteur.

Le siège de ce nouveau bruit est fixé dans l'artère pulmonaire. Il s'entend donc le mieux sur son trajet, et surtout dans le décubitus horizontal, ayant son maximum d'intensité dans le deuxième espace intercostal gauche, à un ou deux centimètres en dehors du sternum, se propageant plus ou moins en bas et en haut. Il ne règne plus bas que très-exceptionnellement, quand le sternum est court ou que le cœur est abaissé. Systolique, il couvre le petit silence en se prolongeant, mais sans dépasser jamais le claquement valvulaire toujours éclatant. Il diminue d'intensité lorsqu'on

fait asseoir le malade et disparaît même dans la situation horizontale par une expiration forcée, la bouche et les narines étant obstruées, mais pour reparaître d'autant plus fort aussitôt après, de même qu'il augmente de fréquence et d'intensité après une marche forcée, si le malade se couche ensuite. Preuves qu'il résulte bien de l'accélération du sang dans l'artère pulmonaire.

Ce bruit doux peut devenir vibrant et rude ; il s'accompagne alors de frémissement cataire. Il n'existe jamais seul, ni sans être accompagné du souffle des jugulaires, dont il confirme et aggrave la signification. Aussi disparaît-il avant celui-ci, dès que l'anémie s'améliore.

Ces deux bruits existant, un troisième peut se manifester aussi vers la pointe du cœur à la mitrale, avec le début même de la systole et sans affection organique. Il indique seulement l'intensité de l'anémie. Mais il disparaît aussi le premier, dès que le sang commence à se reconstituer. (*Soc. méd. des hôp.*, janvier, et *Union méd.*, nos 30 à 48.)

Adhérences péricardiques. Tandis que, dans l'état normal, les battements du cœur sont plus forts pendant l'expiration que dans l'inspiration, Riégel a observé le contraire dans deux cas d'adhérence du péricarde au poumon. L'impulsion du cœur, marquée par des tracés sphygmographiques, était plus faible dans l'expiration que dans l'inspiration. Ce serait donc là un signe facile et important si des observations ultérieures viennent le confirmer. (*Berl. Klin. Woch.*, novembre 1877.)

Complications cardiaques de la blennorrhagie. Voy. BLENNORRHAGIE.

Des hypertrophies et des dilatations cardiaques indépendantes des lésions valvulaires, thèse d'agrégation en médecine, par le docteur Pitres. Démonstration clinique de l'influence du cœur forcé, surmené, et de la similitude et de la confusion symptomatologique en résultant avec les affections valvulaires. D'où la distinction à faire des deux genres de lésions sur laquelle l'attention est particulièrement fixée aujourd'hui.

L'hypertrophie concentrique du ventricule gauche sans

lésions valvulaires paraît surtout avoir été observée dans la néphrite interstitielle, comme plusieurs observations en témoignent. Voy. Néphrite.

Il y aurait donc lieu, suivant M. Hanot, à rapprocher cette hypertrophie avec spasme à l'hypertrophie constante de la tunique musculeuse des artères que Johnson a rencontrée dans le rein atrophique.

Voy. Asystolie, Diurétiques, Injections morphinées, Syphilis cardiaque.

CONCOURS. Cette institution démocratique, dont la France peut surtout s'honorer à bon titre, continue à subir des infractions inexplicables surtout sous le gouvernement républicain, dont l'égalité devrait être la règle absolue pour que toutes les places, les emplois publics fussent remplis par les plus dignes, après avoir donné des preuves de leur savoir, leur aptitude et leur capacité. Autrement le favoritisme, le népotisme et tous les mauvais sentiments peuvent toujours se donner libre carrière, au préjudice des individus, des nations et des gouvernements qui les entretiennent. Elle est surtout indispensable pour l'enseignement public, car, là, le savoir ne suffit pas ; il faut encore pouvoir le transmettre, le communiquer aux autres. Il est donc regrettable que toutes les nominations pour l'organisation des nouvelles Facultés de médecine de Lyon, Lille, Bordeaux, aient été faites directement et sans concours par le ministre. Il ne lui manque plus que d'enregistrer et d'exécuter l'arrêté Brunet instituant, *motu proprio*, les cliniques spéciales de Paris.

Sans doute il y avait des droits acquis et des garanties données pour tous les anciens professeurs de ces écoles secondaires, aussi bien qu'à Rennes et à Marseille ; mais, ayant été nommés primitivement sans concours, ne peut-on pas dire et espérer que de plus jeunes et de plus dignes se fussent présentés pour les remplacer ? Cette infraction est d'autant plus blâmable qu'elle s'est étendue aux nouveaux professeurs comme aux agrégés et chargés de cours. Sur les seize agrégés nommés à Bordeaux, quatre le sont pour neuf ans, et les autres seront remplacés *par le concours*, six après deux ans d'exercice et les six autres après cinq. Le concours n'a été réservé que pour les places inférieures de

chefs de clinique et des travaux anatomiques, des préparateurs d'histoire naturelle. C'est la mesure de la valeur que M. Bardoux attribue au concours, et cela prouve que le gouvernement actuel ne tient pas assez compte de son origine républicaine pour rompre avec les précédents autoritaires de l'Empire et suivre une voie nouvelle, celle du concours.

Décentralisation. L'administration actuelle a donné une nouvelle preuve de son esprit formaliste et de *statu quo* en conservant l'étrange règlement de M. de Cumont sur la centralisation à Paris des concours pour l'agrégation en médecine dans toutes les Facultés. Malgré les résultats négatifs que l'on en avait obtenus en 1875 et les protestations unanimes de la presse médicale, elle a donné force de loi à l'arrêté Jean Brunet, réglant ces concours, tandis qu'elle n'exécutait pas celui des cliniques spéciales instituées par ce ministre. Aussi, comme il était facile de le prévoir, ces concours, loin d'élever le niveau des épreuves et de faciliter le recrutement des Facultés de province, n'ont amené qu'un nombre de concurrents inférieur à celui des places, sans qu'aucun des candidats parisiens, M. Pitres excepté, ait consenti à aller combler ces vides. Loin d'être plus brillantes, les épreuves ont été seulement plus inégales entre les candidats de Paris et ceux de la province, et l'on a pu juger ainsi tristement de la distance qui les sépare par la quantité et la qualité.

En effet, pour trois places à Paris, il y avait neuf candidats, tandis que, pour trois à Lille, un seul s'est présenté, et encore a-t-il été éliminé après les épreuves probatoires. Lyon, Nancy et Montpellier n'ont envoyé que juste le nombre de candidats pour remplir les places vacantes. Aussi ont-ils été admis sans lutte ni choix et comme par nécessité, tandis qu'un compétiteur, jugé inadmissible pour Paris, a été nommé en province. Deux places restent ainsi vacantes dans le concours de chirurgie, à défaut de concurrents.

Le concours des sciences accessoires n'a pas mieux réussi. Dix-sept places étaient vacantes et dix-sept candidats s'étaient inscrits, mais douze seulement se sont présentés, et, après examen et épreuves éliminatoires, le jury n'en a nommé

que huit, moins de la moitié. Toutes les Facultés en manquent, celle de Paris exceptée. C'est donc la meilleure preuve de l'inefficacité de la concentration de ces concours à Paris.

Aussi M. le président Gosselin a-t-il conclu judicieusement, dans son rapport, que, devant cette pénurie de concurrents de la province, il fallait renoncer à ce mode de concentration des concours, imaginé et défendu par M. Chauffard, inspecteur de l'enseignement médical supérieur. L'abandon de la clientèle, du service des hôpitaux, autant que l'accroissement des dépenses à Paris peuvent ainsi empêcher les plus capables de se présenter. Il faudra donc revenir aux concours locaux, usités avec succès avant l'innovation Chauffard-Cumont.

Il en serait sans doute autrement si, comme en Allemagne, en Angleterre, en Italie, les Facultés les plus importantes étaient appelées à recruter leur personnel par le choix et l'appel direct des professeurs qui se sont le plus distingués dans les autres. Il est très-désirable que cette modification ait lieu dans l'intérêt de l'enseignement, surtout avec le nombre croissant des Facultés en province.

Bourses dans les Facultés de médecine. Un arrêté ministériel du 20 juin dispose qu'aucun étudiant ne sera admis à concourir s'il n'a obtenu au moins la note *satisfait* à son dernier examen.

COQUELUCHE. *Ulcération sublinguale.* Sa valeur séméiologique est encore diversement interprétée, comme les observations diamétralement opposées de MM. Delthil et Cutler, relatées l'année dernière, l'ont prouvé (V. *année* 1877). A l'appui de sa nature purement traumatique soutenue par l'auteur américain contre l'observateur français, voici la réponse qu'une autorité bien plus compétente, M. Roger, y a faite dans son rapport à l'Académie de médecine du 19 septembre :

« 1° L'*ulcération sublinguale* est une lésion propre à la *coqueluche*, et comme elle ne peut se produire qu'à la suite de fortes quintes, elle devient un signe presque certain de coqueluche confirmée, intense et conséquemment plus ou moins grave.

« 2° Elle n'est que le résultat d'un *traumatisme* : les con-

ditions matérielles indispensables à son développement sont, pendant les *quintes violentes*, la *propulsion de la langue* hors de la bouche, le heurt de sa face inférieure contre les dents et le *frottement répété du frein sur le bord libre des incisives*.

« 3° Une des preuves de cette action mécanique est le rapport qui existe entre l'intensité des quintes et l'ulcération : car celle-ci ne se forme qu'alors que les accès convulsifs sont bien établis; elle persiste aussi longtemps qu'ils gardent leur violence, et elle se cicatrise dès qu'ils la perdent (la coqueluche elle-même étant en décroissance, mais non guérie).

« 4° Ce qui prouve surtout qu'il s'agit d'un traumatisme, ce sont les caractères physiques de la lésion, qui sont ceux d'une coupure, d'une déchirure; son siége presque exclusif au frein, le plus directement exposé à se blesser aux dents qu'il rencontre; ses variétés de fréquence, de situation et d'aspect, à la face inférieure de la langue, dépendantes du nombre, de la forme et de la disposition des dents tranchantes du petit coquelucheux, les incisives médianes étant les plus offensives.

« 5° Ce qui prouve enfin de la façon la plus positive la réalité et la nécessité d'une action traumatique, c'est l'absence de l'ulcère (même chez les jeunes enfants dont la mâchoire inférieure est armée de dents acérées) dans les cas où la coqueluche est bénigne, où les quintes sont légères et courtes, et par conséquent sans projection de la langue; c'est encore son absence, même dans les formes les plus véhémentes de la maladie, chez les édentés de tout âge, soit les allaités dont la dentition n'est pas commencée, soit les enfants plus âgés qui viennent de perdre leurs premières dents. La lésion fait toujours défaut dans la coqueluche qui atteint les enfants pendant les premières semaines, les premiers mois de la vie, avant la pousse des incisives du bas. Sans dents offensives, pas de blessure possible, et conséquemment *pas d'ulcération sublinguale avant la première dentition* : c'est une loi de la clinique.

« 6° L'ulcère du frein ne saurait être considéré comme une manifestation morbide qui, élément constitutif de la pyrexie, en montrerait la spécificité, car il n'a lui-même rien de spécifique : loin d'être constant, il ne se rencontre

que dans la moitié des cas; il n'apparaît pas au début, comme les éruptions dans les fièvres, mais après un temps fort variable : il suit les quintes et ne les précède jamais. — On ne peut le regarder comme un exanthème, puisqu'il ne commence ni par une vésicule, ni par une pustule, ni par une simple tache, ni une plaque diphthéroïde, encore moins une pseudo-membrane : c'est d'abord une érosion, une coupure transversale qui devient plaie, puis ulcère, et celui-ci se couvre d'un produit pultacé blanc ou grisâtre, mou ou induré, très-dissemblable, à la vue et au microscope, de la fausse membrane de la diphthérie. — Si l'on observe la lésion presque exclusivement dans les coqueluches graves, c'est que la véhémence des quintes augmente et renforce les conditions du traumatisme qui en est la cause productrice; mais, par elle-même, elle est sans valeur aucune pour le pronostic.

« 7° Ce serait une grande erreur que de croire à un rapport de genèse entre la coqueluche et la lésion sublinguale, et d'assimiler l'ulcère du frein « au chancre de la syphilis, aux aphthes de l'entérite, aux lysses de la rage. »

« 8° L'importance de l'ulcère du frein est nulle au point de vue de la pathologie générale, puisqu'il n'est qu'un accident local et un incident de la maladie; mais, comme on ne le rencontre dans aucune autre affection, il devient, dans certains cas donnés, un symptôme capital; signe certain de coqueluche, et ordinairement d'une coqueluche intense, il acquiert alors une grande valeur sémiotique. » (*Acad. de méd.*, septembre.)

Ce n'est pourtant pas que l'opinion contraire soit encore accréditée en Angleterre. Le docteur Elliot ayant rencontré cette ulcération 41 fois sur 100 cas dans une récente épidémie de coqueluche à l'hospice des enfants de Bristol, alors que d'autres enfants atteints de bronchite, pneumonie ou phthisie ne la présentaient pas, en a conclu qu'elle n'était pas produite par la pression des dents, d'autant que, dans le quart des cas, elle était apparue dès le début du mal, après quelques accès de toux, sans quintes véritables, même chez des enfants n'ayant pas encore de dents. (*British med. journal*, septembre.)

Cette dernière objection au traumatisme, la seule qui ne fût pas réfutée, l'a été par le docteur Bouffier, de Cette, qui

attribue cette ulcération, qu'il a rencontrée 7 fois chez des enfants sans dents, à l'habitude qu'ont les mères de passer le doigt sous la langue de leurs enfants pour enlever les mucosités qui encombrent leur bouche. L'ongle produirait ainsi cette ulcération. C'est à vérifier. (*Acad. de méd.*, octobre.)

COXALGIE. Elle peut être simulée, au moins en apparence, par des troubles dans la marche, de la boiterie, une attitude vicieuse des membres inférieurs avec limitation de certains mouvements qui s'observent assez souvent chez les enfants. M. Verneuil en a rencontré une douzaine de cas sans trouver aucune déformation, douleur ou déviation des articulations coxo-fémorales pour les expliquer. Il a seulement constaté une rigidité, sinon la contracture, des adducteurs formant comme une corde, dans certains cas, à la partie supéro-interne de la cuisse. Des antécédents arthritiques ou des accidents rhumatismaux en expliquent seuls parfois l'existence.

Mais, que là soit ou non la cause de cette simulation, la bilatéralité de ces accidents suffit en général à faire éviter l'erreur. Elle n'est possible que dans le cas d'unilatéralité. Dans tous les cas, le pronostic n'est pas grave. Des frictions, le massage, l'hydrothérapie, les bains alcalins ou sulfureux, un exercice modéré avec un régime tonique ont suffi à amener la guérison. (*Soc. de chir.*, 1877.)

Extension continue. Voy. TUMEURS BLANCHES.

Coxalgie suppurée. Un cas remarquable en a été observé à l'Antiquaille par M. Dron sur une fille de 8 mois, née à l'hospice et envoyée ensuite à la campagne. Un abcès considérable occupait plus des deux tiers de la partie supérieure de la cuisse droite, et, malgré la couleur normale de la peau, une fluctuation manifeste était perçue depuis l'épine iliaque antéro-inférieure, l'arcade crurale et la pointe du coccyx jusqu'à trois centimètres au-dessus du creux poplité, sans œdème de la jambe ni du pied. Le membre est plus long d'un centimètre que le gauche. Malgré des ponctions répétées, l'enfant succombe d'épuisement un mois après son entrée.

L'autopsie montra une ouverture ovale de deux centimètres environ au-dessus de l'éminence iléo-pectinée, faisant communiquer l'articulation coxo-fémorale avec le foyer purulent qui a disséqué les muscles de la cuisse, en contournant le fémur jusqu'au grand trochanter, sans que l'artère fémorale ni le nerf crural, baignés dans cette collection, aient subi des lésions notables. Aucun point osseux n'était même dénudé; le périoste, recouvert d'une épaisse membrane, était partout intact. La tête fémorale, luxée en bas et un peu en arrière, est seule aplatie et presque détruite. La capsule articulaire n'existait plus; trois brides membraneuses retenaient seules le fémur. Les cartilages de la cavité cotyloïde sont profondément détruits, mais aucune autre articulation n'est prise, et tous les organes étaient sains. Avec les faits analogues de MM. Parise, Broca, Verneuil, Morel-Lavallée et Padieu, c'est seulement le septième qui soit consigné dans la science; c'est donc un cas fort rare. (*Lyon méd.*, nº 32.)

CRÉOSOTE. L'efficacité de ce produit végétal contre la phthisie pulmonaire n'a pas été plutôt connue (voy. *année* 1877), que diverses préparations pharmacologiques en ont été faites et présentées au choix des médecins. La forme vineuse laissant beaucoup à désirer, on a d'abord remplacé le vin par l'huile de foie de morue; puis on l'a présenté ainsi dans des capsules molles. Ce sont donc là des préparations préférables au vin créosoté, en ce qu'elles sont mieux tolérées par l'estomac. Voici d'ailleurs une modification de ce vin, d'après la formule de M. Dujardin-Beaumetz :

℞ Créozote de hêtre	6	grammes.
Alcool de Montpellier	125	—
Sirop de sucre	400	—
Vin de Malaga	q. s.	
Pour un litre.		

Chaque cuillerée contient 10 centigrammes de créosote et se prend facilement dans un verre d'eau sucrée.

M. Vidau fait pressentir de nouvelles préparations de ce médicament énergique. Etant caractérisé par un phénol diatomique, le *créosol*, qui se dissout dans les alcalis en formant des créosolates, il suppose que la créosote du

hêtre pourra ainsi se combiner, comme l'acide salicylique, avec la potasse et la soude pour former des créosolates. Ceux de potasse cristallisent même facilement. L'usage interne en serait ainsi rendu beaucoup plus facile et moins dangereux. (*Gaz. hebdomad.*, nº 49, 1877.)

CYSTITE. *Solution de quinine.* Vantée par M. Nunn contre l'irritation chronique de la vessie, cette solution a été employée par M. Knowsley Thornton, chirurgien de l'hôpital de la Samaritaine, chez trois ovariotomisées avec un succès éclatant. La fièvre persistait avec urines ammoniacales très-fétides et envies fréquentes d'uriner, malgré le lavage de la vessie avec une solution phéniquée. Il la remplaça alors par la solution suivante :

℞	Sulfate de quinine.....	30 centigrammes.
	Eau.....	90 grammes.
	Acide sulfurique	quelques gouttes.

Mêlez.

Injectée dans la vessie et gardée pendant quelques secondes, cette solution fut ensuite évacuée aux deux tiers ; l'autre tiers fut gardé pendant une heure, malgré quelques envies de miction. Dès le lendemain, l'urine était acide, de meilleure apparence, sans mucus ni fétidité. Deux jours après, la guérison était complète. (*Lancet*, juin, nº 22.)

Cystite pseudo-membraneuse. Elle se distingue seulement de la cystite chronique ordinaire, suivant M. Girard, par l'expulsion uréthrale de fausses membranes vésicales constituées par de la fibrine filamenteuse, englobant des corpuscules de pus, des cellules épithéliales et de la mucine avec des cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien. Elles se distinguent ainsi de l'exfoliation vésicale observée dans la cystite cantharidienne ou produite par des calculs.

Autrement les causes et les symptômes sont les mêmes que ceux de la cystite simple : mictions fréquentes avec douleur, urines louches, purulentes, avec odeur anatomique spéciale causée par la macération des fausses membranes dans la vessie. La sonde d'argent, dans ce cas, est toute noire en la retirant.

De là la gravité de cette forme spéciale et nouvelle. Sur

six observations rapportées, il y a eu quatre morts. On trouve alors, outre les fausses membranes, épaisses, adhérentes, d'un gris blanchâtre, une vessie à colonnes avec muqueuse parsemée de taches d'un gris noirâtre, et même des ulcérations.

Le traitement est le même que dans la cystite chronique : hygiène, repos, balsamiques, injections vésicales au nitrate d'argent au 500e ou d'acide borique au 100e. Ces injections ne modifient-elles pas la couleur des fausses membranes, de la muqueuse, même du cathéter? (*Thèses de Paris*, nº 180, 1877.)

Ne pourrait-on pas employer, dans ce cas, la solution de quinine, usitée avec beaucoup de succès en Angleterre contre la cystite chronique ?

D

DENTISTES. *Dangers de leur laisser employer l'anesthésie.* Voy. Anesthésie.

DÉSARTICULATION COXO-FÉMORALE. Un succès de cette grave opération a été pour M. Verneuil l'objet de vues nouvelles sur son mode d'exécution. Dominé par ses études sur l'influence des états généraux des blessés et des opérés par le résultat du traumatisme, il pose en fait que la perte du sang est le principal écueil de cette désarticulation et la cause qui en fait tout le danger. Sur 193 désarticulations, 117 fois la mort est attribuée à l'anémie antérieure ou consécutive. Et considérant les moyens hémostatiques préconisés pour conjurer cette hémorrhagie : rapidité de l'exécution, compression ou ligature préalable des principaux vaisseaux, comme des expédients impuissants, il érige en règle, avec M. Rose, de Zurich, le procédé suivant comme le meilleur. Après refoulement du sang et application de la bande élastique, il enlève la cuisse, comme s'il s'agissait d'une tumeur volumineuse. Abandonnant le couteau pour le bistouri, comme M. Duval le fit dès 1858, il divise les tissus couche par couche et lie les vaisseaux à mesure qu'il les aperçoit, quel que soit leur calibre. C'est

donc un procédé essentiellement lent et contraire à la chirurgie expéditive employée pour la désarticulation de la hanche, où le chirurgien, comme le bûcheron, abattait le membre à grands coups de couteau.

Ce n'est pas tout. Au lieu d'affronter et de réunir les lèvres de la plaie, comme pour la réunion immédiate, M. Verneuil laisse celle-ci béante, exposée, l'ouvre le plus largement possible, l'étale et la panse à plat avec de petits carrés de tarlatane imbibés d'eau, sur lesquels il applique des plumasseaux trempés dans une solution phéniquée, antiseptique. Une couche de ouate recouvre le tout avec un morceau de taffetas gommé qui l'enveloppe et un bandage contentif aussi simple que possible.

Dès 1870, M. Verneuil avait déjà employé ce procédé dans huit grandes opérations, et il y a recours tous les jours dans sa clinique de la Pitié. Le succès qu'il en a obtenu dans sa dernière désarticulation coxo-fémorale lui semble en démontrer surtout les avantages, puisque, dans les trois autres cas précédents, les méthodes classiques ne lui ont donné que des insuccès. (*Acad. de méd.*, 30 octobre 1877.)

Un *tolle* général a accueilli ces prétentions. A ce succès unique sur quatre opérations, donné comme preuve de la supériorité de ce procédé, M. Rochard oppose ceux bien autrement éclatants obtenus en 1859 par J. Roux et Arlaud sur les blessés de l'armée d'Italie avec la réunion immédiate, ceux des chirurgiens américains et ceux qui sont obtenus tous les jours par cette méthode. M. Richet a obtenu ainsi deux succès sur trois désarticulations, suivant le procédé classique, en comprimant directement les vaisseaux ouverts avec de grosses éponges, imbibées ou non de liquides hémostatiques, et un pansement mixte ou intermédiaire, soit l'affrontement des lambeaux par la suture et la compression en laissant à la partie inférieure une ouverture pour l'écoulement des liquides. Des injections d'alcool sont aussi faites au besoin à l'intérieur par un tube à drainage. Ce résultat est donc la meilleure preuve, dit M. Trélat, qu'il n'y a pas à se prévaloir de ces petites séries d'opérations en faveur de tel ou tel procédé.

C'est surtout pour la chirurgie d'armée que le nouveau procédé a paru inapplicable. M. Legouest, qui a pratiqué trois fois cette désarticulation et a assisté à trois autres, a

vu l'hémorrhagie conjurée facilement par le procédé à lambeau antérieur, surtout dans les amputations primitives, tout en considérant la réunion immédiate comme difficile à réaliser. Il n'admet donc l'indication du procédé de M. Verneuil que dans les désarticulations pratiquées pour des néoplasmes souvent très-volumineux et qui procèdent presque toujours de l'os ou ont avec lui des connexions intimes. Le nombre des vaisseaux est ainsi accru, et ceux dont la présence est normale sont dilatés. Le besoin de l'hémostase préventive est ainsi bien plus impérieux que dans l'amputation traumatique primitive.

Moins optimiste encore, M. Perrin ne lui accorde aucun avantage. En l'absence de toute compression préventive, comment aller chercher les vaisseaux dans les interstices musculaires, sans déchirer les muscles et s'exposer à avoir une plaie déchiquetée? Des aides intelligents et habiles sont indispensables, et l'on en manque souvent sur le champ de bataille. L'hémostase est d'ailleurs assez facile, en suivant les anciens errements, pour qu'on n'ait pas tant à redouter l'hémorrhagie. Il suffit de faire saisir solidement les faisceaux musculaires contenant les vaisseaux principaux pour tailler en toute sécurité des grands lambeaux ovalaires réguliers. Sur huit désarticulations de l'épaule en 1870-71, l'hémostase a été très-satisfaisante par ce moyen. (*Idem*, novembre 1877.)

Ce n'est pas l'hémorrhagie proprement dite, c'est-à-dire la perte de sang, qui fait le principal danger de l'opération pour M. Le Fort, mais la soustraction du sang contenu dans le membre retranché et qui égale presque en poids le quart du corps. La désarticulation chez les amputés de la cuisse est ainsi relativement bénigne, et, sous ce rapport, l'ischémie du membre ou le refoulement du sang par la bande d'Esmarch peut être seul la cause du succès obtenu par M. Verneuil. (*Idem*, février.)

D'ailleurs, n'y a-t-il pas le thermo-cautère et le galvano-cautère pour parer encore plus sûrement à l'hémorrhagie? M. Tillaux, ayant à désarticuler la hanche d'une femme épuisée par un long séjour à l'hôpital, y recourut ainsi, le 9 janvier 1878, pour ménager le plus de sang possible. Ayant déjà pratiqué la désarticulation de l'épaule avec le thermo-cautère, sans que le jeune homme en perdît une goutte, il

se servit de cet instrument pour faire une amputation à lambeaux de la manière suivante :

Ayant passé un long trocart à la racine de la cuisse, en suivant le trajet que parcourt ordinairement le couteau, il introduisit un assez gros fil de platine dans la canule restée en place, et, les deux bouts ayant été mis en communication avec le pôle de la pile, il tailla ainsi le lambeau, en deux à trois minutes, par des mouvements de va-et-vient imprimés au fil et de dedans en dehors.

Une ficelle passée entre l'os et les chairs avant de détacher le lambeau servit à l'étreindre, mais sans réussir à effacer la lumière de l'artère fémorale qui y était comprise, car, en achevant la section du lambeau, un jet de sang bouillonnant s'échappa. Il fut aussitôt arrêté ; mais il est évident par là qu'il faut lier préalablement l'artère pour avoir une hémostase complète, ou l'aplatir dans la fin du lambeau.

Le thermo-cautère servit à terminer l'opération, la section de la capsule articulaire et du ligament rond étant faite avec le couteau. On peut donc exécuter cette désarticulation sans effusion de sang.

Cette opérée a d'ailleurs succombé le onzième jour à une infection purulente. Deux opérations semblables, faites pendant la guerre, ont eu la même issue fatale. Mais une quatrième désarticulation faite par M. Tillaux avec le couteau en 1862 sur une fille de 13 ans, pour un ostéo-sarcome, eut un plein succès. C'est donc une guérison sur trois morts, comme M. Verneuil, suivant les procédés ordinaires. (*Soc. de chir.*, février.)

M. Richet reproche au pansement à plat d'exiger un temps très-long pour la cicatrisation et de maintenir les opérés pendant tout ce temps exposés à tous les accidents des plaies; de donner des cicatrices irrégulières, des saillies coniques du moignon qui obligent parfois à des réamputations; de ne pas prévenir l'érysipèle ni l'infection purulente, même avec les liquides antiseptiques; d'être enfin, pour beaucoup d'opérés, une source de douleurs parfois insupportables. Il le préfèrerait cependant dans la pratique hospitalière au pansement fermé ou par occlusion pour cette désarticulation. (*Acad. de méd.*, 22 janvier.)

Si la pratique de M. Verneuil triomphait à cet égard et parvenait à se généraliser, dit M. Trélat, il faudrait renoncer

à une foule d'opérations excellentes entrées dans la pratique journalière, comme la désarticulation par la méthode de Chopart, qui donne de si bons résultats, les procédés de Pirogoff modifiés par M. Le Fort, l'opération de Griffith, celle de Teale pour l'amputation de la cuisse, et tant d'autres. (*Idem*, 29 janvier.)

Le docteur Gilbrin, de Metz, s'étonne qu'il n'ait pas été question, dans cette revue, du procédé de Lacauchie, qui lui a donné deux succès chez deux enfants à l'hôpital Bon-Secours de Metz. Les chirurgiens savent qu'il s'agit ici de commencer sous les trochanters, ce qui permet l'hémostase préventive. On dirige alors une incision verticale vers le grand trochanter, qui permet de détacher les parties molles du fémur et de désarticuler ensuite celui-ci. Quelques chirurgiens, détachant le périoste du fémur, scié au niveau des trochanters, ont même fait l'ablation sous-périostée de la partie supérieure.

M. Gilbrin, pratiquant l'amputation de la cuisse pour une tumeur blanche ulcérée du genou, vit le fémur se fracturer en le sciant. Il procéda alors, facilement et sans désemparer, à la désarticulation par le procédé Lacauchie. La mutilation est ainsi moins considérable que par les autres méthodes, et l'hémostase est plus sûrement faite. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, mai.)

C'est aussi à peu près le procédé auquel s'arrête M. Farabœuf dans l'histoire des 45 qu'il rapporte. Après une incision au pli de l'aine pour lier préalablement les vaisseaux fémoraux, à l'exemple de D. Larrey et M. Verneuil, il dirige le couteau en dehors, presque suivant la direction du col du fémur, dissèque et coupe le couturier, le triceps, l'insertion du psoas, découvre le col, détache les tissus fibreux, ouvre l'article, désarticule et coupe ensuite les tissus de la partie postérieure de la cuisse perpendiculairement. En rasant ainsi l'os, on diminue les chances d'hémorrhagie, tout en assurant la rapidité de la désarticulation. Il ne reste plus qu'à disséquer et réséquer le nerf sciatique à la plus grande hauteur possible. (*Soc. de chir.*, 6 mars.)

A ces objections, qui se résument dans la difficulté et la longue durée de l'opération nouvelle, M. Verneuil n'a donné en réponse que ce fait : qu'elle est moins délicate que la dissection de beaucoup de tumeurs de la face et du cou et

ne nécessite ni le même sang-froid, ni autant d'habileté opératoire, ni les deux aides exercés requis au moins par les procédés expéditifs classiques, tout en mettant bien plus sûrement à l'abri de l'hémorrhagie.

Quant à la durée, subordonnée au nombre de ligatures, elle ne dépasse pas 25 à 30 minutes. L'hémostase définitive des autres procédés est-elle complète avant ce temps? (*Acad. de méd.*)

La rapidité de la cicatrisation et la forme du moignon obtenu ne lui paraissent pas davantage contr'indiquer le pansement phéniqué ouvert que la plupart des chirurgiens ont combattu en lui préférant chacun le sien. Voy. PANSEMENTS.

Ueber die blutung bei der exarticulation des Oberschenkels und deren vermeidung (l'hémorrhagie et les moyens hémostatiques dans la désarticulation de la cuisse), par A. Lüning. Brochure in-8°. Zurich, 1877. Ouvrage statistique le plus complet qui ait paru sur ce sujet. 497 cas connus de cette grave mutilation y sont réunis en tableaux et analysés. Les résultats, sur 485, ont été 143 guérisons, soit une mortalité moyenne de 70 pour 100, qui va en diminuant, car elle est de 66 seulement pour ces dernières années. Et, tandis que sur les 239 cas pour coups de feu la mortalité est de 88 pour 100, elle descend à 42 sur 153 cas de désarticulations pathologiques.

Des causes de la mort à la suite de la désarticulation coxo-fémorale; thèse inaugurale, par le docteur A. Hug; Paris, 1877.

DIABÈTE. *Modifications du sympathique.* L'examen microscopique des ganglions du grand sympathique, recueillis sur 5 diabétiques, fait après durcissement dans le liquide de Muller, par le docteur Poniklo, à l'Institut pathologique de Cracovie, lui a montré, dans tous les cas, une augmentation du tissu connectif, surtout dans les ganglions cervicaux supérieur et inférieur. Le stroma normal était hypertrophié, et un nouveau tissu connectif était accumulé entre les éléments nerveux, si abondant dans certaines sections transversales que ceux-ci n'en pouvaient être dis-

tingués que difficilement, autour des vaisseaux surtout. Ces cellules nerveuses, rondes, fusiformes ou allongées, avaient leur enveloppe épaissie avec de nombreuses granulations adhérentes.

Dans un cas, les vaisseaux du ganglion solaire étaient dilatés, tortueux et distendus par des globules dans la moitié du champ du microscope. Il y avait aussi des accumulations de globules rouges en dehors.

Mais les plus intéressants changements se montraient dans les éléments nerveux, plus petits qu'à l'état normal, avec un protoplasma plus homogène, surtout où l'infiltration cellulaire prédominait. Un pigment granuleux, d'un brun jaunâtre, existait dans les cellules des ganglions d'un jeune diabétique. Les fibres elles-mêmes du nerf étaient modifiées. Des paquets de *fibres médullaires blanches* se trouvaient isolés dans un feuillet distinct de tissu aréolaire ou mélangés avec les fibres non médullaires grises. Rien de semblable ne s'observait dans le ganglion; mais des fibres blanches extrêmement atrophiées étaient constatées ici et là au milieu des grises très-apparentes dans les préparations; les fascicules étaient même très-atrophiés, en petits paquets, et les fibres isolées étaient presque rendues invisibles par l'infiltration cellulaire.

Les modifications survenues dans le stroma connectif du ganglion expliquent suffisamment l'atrophie des fibres et des cellules nerveuses, comme cela s'observe dans le cerveau et la moelle épinière. Ces résultats, quoique limités, sont donc en parfait accord avec les expériences de Cyon et Aladoff, qui ont vu l'excision des ganglions cervicaux être suivie immédiatement du diabète. Une dégénérescence aussi complète que celle relatée équivaut à leur excision. (*Lancet*, nº 8.)

Signification de l'anthrax. L'anthrax qui se montre durant la glycosurie est-il toujours produit par celle-ci, comme on était autrefois disposé à l'admettre? Evidemment non. Aux huit faits de Proust, Wagner, Charcot, Vulpian, Philippeaux, montrant au contraire que l'anthrax peut faire naître la glycosurie, M. Léo Testut en ajoute un autre. C'était un anthrax œdémateux de la lèvre. Les urines présentèrent une certaine quantité de sucre pendant son cours, et cependant

il guérit. M. Denucé a observé un homme atteint d'anthrax qui, n'étant pas diabétique lors de son entrée à l'hôpital, le devint ensuite et conserva ses urines sucrées pendant six mois. (*Gaz. méd. de Bordeaux*, 1877.)

Mort subite. Les exemples de cette terminaison fatale, en se multipliant, appellent de plus en plus l'attention pour en rechercher les causes, afin de la prévenir. Le docteur J. Cyr en a collecté et rapporté jusqu'à 32 pour en tirer quelques enseignements. Or, la manière uniforme dont cette mort arrive est la plus frappante. Après une période d'excitation ayant quelque ressemblance avec celle de l'anesthésie et se manifestant par la vivacité et l'incohérence des paroles, le ton bref, haut, saccadé et l'élocution rapide et bredouillante du malade, il accuse du malaise vague, de l'inquiétude, à laquelle succède bientôt une dyspnée brusque et violente, dont l'auscultation ne rend pas compte. Les inspirations sont larges, profondes; le malade aspire l'air avec effort et avidité, et néanmoins la dyspnée persiste, car l'air n'agit plus sur le sang; les échanges de gaz ne se font plus, et c'est ainsi que l'assoupissement, le coma, le collapsus y succèdent promptement, pour terminer infailliblement cette scène par la mort.

De ces trois stades prémonitoires, le premier est le moins appréciable; il peut manquer ou passer inaperçu. Mais la dyspnée est si pénible et intense, qu'elle attire forcément l'attention. Elle est parfois le seul symptôme de cette brusque terminaison. Sur 4 cas de dyspnée, observés par le professeur Sée, 3 furent suivis de mort rapide, sans que l'examen des poumons, du cœur ni du cerveau en rendît compte.

L'assoupissement comateux est aussi très-marqué, tellement que des auteurs en ont fait le signe principal (V. *année* 1875). Il s'est en effet montré parfois à l'exclusion des deux autres. Indifférent à tout ce qui se passe autour de lui, le malade, quoique sensible, est plongé dans la torpeur et répond à peine aux questions, aux excitations de toutes sortes. Le coma ne s'est dissipé momentanément que par les injections dans les veines d'une solution de phosphate de soude et de chlorure de sodium. Des excitants, des cordiaux peuvent aussi retarder le moment fatal; mais, à une

seule exception près, la mort est arrivée rapidement, en quelques heures.

La symptomatologie se borne là, et sauf des nausées, des vomissements survenant parfois au début et mentionnés dans quelques cas, il n'y a aucune convulsion. C'est le trait distinctif du coma diabétique. Le diagnostic en est donc facile, et le pronostic des plus graves.

En l'absence de lésions anatomiques pouvant rendre compte de ces phénomènes dans les autopsies qui ont été faites, on les a attribuées à une sorte d'intoxication ou d'empoisonnement. L'haleine alcoolique des diabétiques, l'odeur chloroformique qu'ils répandent durant leurs derniers moments, les a fait attribuer à l'acétonémie, espèce de fermentation de la glycose ou de la paraglycose, qui, d'après Cantani, donnerait lieu à la formation d'une substance volatile analogue au chloroforme (V. *année* 1865). Depuis, Kussmaul, B. Forster, Lecorché ont adopté cette interprétation, mais elle n'explique pas tous les cas de mort subite par l'absence même des phénomènes propres à cette intoxication.

L'*hyperglycémie*, ou la rétention du sucre dans l'organisme, constituerait cet empoisonnement aigu, d'après d'autres auteurs, quand la mort coïncide avec une diminution brusque du sucre dans les urines ou la suppression de celles-ci. Il a suffi de les faire reparaître, dans quelques cas, pour supprimer aussitôt les accidents. Mais bien des malades ne présentent pas cette suppression; il en est même qui rendaient une plus grande quantité de sucre pendant le coma. Si donc la rétention d'une forte proportion de sucre dans le sang et les tissus peut, en effet, diminuer le pouvoir absorbant des hématies pour l'oxygène, et perturber, sinon arrêter ainsi les processus vitaux, d'où la dyspnée et le coma sont rationnellement la conséquence, encore faudrait-il que cette hyperglycémie fût constatée anatomiquement et chimiquement. M. Cyr a vu ainsi un diabétique éprouver un malaise très-marqué dès que la quantité de sucre éliminé par les urines descendait au-dessous de 20 grammes par litre. Mais un écart de régime suffisait à y remédier en augmentant cette proportion du sucre. (*Archiv. de méd.*, décembre 1877 et janvier.)

Les causes de cette mort subite ne sont pas encore par-

inaperçue, et l'on comprend cependant que par suite d'une disposition anormale de l'utérus, congénitale ou acquise, sinon d'une modification dans sa texture, il prenne un développement inégal, en arrière ou en avant et même latéralement, suivant la déviation primitive, par le fait de la grossesse. C'est ainsi que dans les cas d'antéflexion, la paroi antérieure se développant moins que la postérieure, l'exagération de l'accroissement de celle-ci aboutit à une véritable dilatation sacciforme dont les deux exemples précités sont les types.

De là le déplacement du col qui, au moment de l'accouchement, ne se rencontre pas à sa place ordinaire ou ne peut être atteint que très-difficilement. Ce dernier fait n'est pas rare, et il forme le principal signe de cette dilatation partielle.

Ces déviations du col peuvent cependant résulter aussi de tumeurs fibreuses ou autres siégeant dans la cavité de l'utérus ou dans ses parois, sinon dans l'excavation du bassin. Elles repoussent parfois le col en avant au delà du pubis, comme dans la dilatation sacciforme postérieure.

Quoi qu'il en soit de cette cause de dystocie, dont M. Depaul rapporte douze observations, elle se découvre au toucher par la difficulté ou l'impossibilité même de rencontrer le col. L'utérus dilaté coiffe étroitement la tête quand elle se présente, et le travail se prolonge indéfiniment. On peut croire alors à une oblitération du col, et il est probable que l'hystérotomie vaginale a été pratiquée dans des cas de ce genre. On a dû même y recourir lorsque le col est perçu difficilement en arrière ou en haut. Les contractions ne portant pas sur lui, il ne se dilate pas, et, si l'on ne peut l'accrocher pour le diriger en avant, il est préférable de pratiquer de petites incisions multiples, permettant de faire la version, que d'attendre que les contractions, portant sur le cul-de-sac utérin, ne l'enflamment, ne le rompent, ne le gangrènent. C'est là le danger de ces cas et ce qui en fait la gravité. La vie de l'enfant est forcément compromise, et celle de la mère est exposée à des complications redoutables. (*Archives de tocologie*, 1877.)

Déviation de l'utérus gravide comme cause de dystocie, thèse inaugurale, par J.-C. Meynier. Paris, 1876.

Les manœuvres conseillées par l'auteur sont de faire coucher les femmes du côté opposé où le fond de l'utérus se trouve incliné. Ne pourrait-on pas dire plus exactement : dans le sens opposé à la direction du col? On peut encore joindre à cette position des manipulations externes, tendant à rapprocher le col de l'axe du vagin en l'attirant avec l'index.

Contraction en sablier. Une nouvelle cause de dystocie a été signalée par le docteur Hosmer à la Société obstétricale de Boston, le 9 février dernier. C'est une contracture anormale, circulaire et persistante, malgré l'éthérisation du corps ou du col de l'utérus, qui, en le divisant en deux cavités, comme dans l'enkystement du placenta, comprime le tronc du fœtus, en arrête l'évolution, résiste aux tractions du forceps, s'oppose à la version, rend la crâniotomie et l'éviscération inutiles en retenant étroitement l'autre partie du corps, et qui semble seulement justiciable de l'opération césarienne. Aussi la mort du fœtus et de la mère en a-t-elle été le plus souvent la conséquence. Telle est la nouvelle contracture ou malformation rencontrée par l'auteur américain et qu'il compare à la *hourglass contraction* de Ramsbotham, figurée dans son *System of obstetric* et que Playfair assimile à l'utérus contracté en bissac ou sablier.

Le premier cas relaté est celui d'une primipare de 30 ans, petite et forte, en travail depuis 60 heures, à bassin étroit avec pubis resserré et promontoire saillant. La tête, en présentation occipito-cotyloïdienne droite, était proéminente au-dessus du pubis. Dilatation complète du col, humide et relâché. Le forceps, appliqué facilement par le docteur Stone, avait glissé en arrière. La version fut tentée et amena, non sans peine, le pied gauche, mais sans qu'aucune traction ait pu changer la position du fœtus.

Le crâne fut vidé sans que le forceps appliqué ensuite ait pu dégager la tête immobile. On alla à la recherche du pied droit, et ce fut alors que M. Hosmer, appelé en consultation, rencontra, entre le col et le fond de l'utérus, une constriction circulaire puissante, fixée sur le bassin du fœtus comme un sphincter gigantesque, dont la force était sans doute augmentée par l'action réflexe des efforts faits pour le surmonter. L'éthérisation, jusque-là incomplète, fut portée

jusqu'à l'insensibilité absolue, et l'obstacle put être ainsi vaincu. Le second pied fut saisi et amené avec de grandes difficultés au détroit inférieur, et ce ne fut que par différentes tractions très-prolongées que la version s'opéra. Le placenta fut expulsé facilement ensuite; mais la femme succomba 72 heures après, sans que l'autopsie ait éclairé la cause réelle de l'obstacle à l'accouchement.

La publication de ce fait a provoqué le docteur Arnold à en communiquer un semblable observé dès 1872 chez une primipare, dans des conditions identiques à la précédente. Le forceps dérappa aussi, et la main, introduite pour la version, se trouva dans une cavité qui semblait le fond de l'utérus sans pouvoir sentir les pieds. Ce n'est qu'en la poussant plus haut, dans une seconde tentative, qu'il découvrit une constriction dans le tiers supérieur de l'utérus, encerclant le fœtus au-dessus des hanches par une bande résistante et effilée. Elle étreignait si étroitement le corps de l'enfant que les doigts ne se frayèrent un passage qu'avec peine. La version fut très-difficile, lente et dangereuse, et l'enfant ne put être extrait qu'après de longs efforts.

Dans deux accouchements successifs, en 1874 et 1876, la même constriction se rencontra chez cette femme. On en triompha dans le second par les mêmes moyens que dans le premier; mais il n'en fut pas ainsi du troisième. Malgré la position favorable de la tête pour l'application du forceps, deux accoucheurs ne réussirent pas à l'ébranler. La version put s'accomplir, malgré la constriction; mais l'enfant était mort, et la mère succomba quatre jours après, sans que l'autopsie ait éclairé la nature de cette constriction membraneuse.

Le docteur Thompson a aussi rencontré la même disposition de l'utérus en sablier chez une domestique d'origine allemande, âgée de 22 ans, petite, mais dont le bassin était bien conformé. Primipare et à terme, elle souffrait depuis 36 heures sans que le travail fût avancé. Il reconnut ensuite qu'un rétrécissement existait à un tiers environ de la hauteur du col au fond de l'utérus, rétrécissement marqué et senti distinctement à travers la paroi abdominale. Le tronc et les membres du fœtus, très-petit, étaient placés dans la cavité supérieure, dont la capacité était au moins double de l'inférieure. La version ne put être faite, et la délivrance eut

lieu avec le crochet après la crâniotomie. Le placenta était inséré au-dessus du rétrécissement.

Dix-huit mois après, le docteur Thompson constata le même état chez cette femme à terme d'une seconde grossesse. Les douleurs duraient depuis douze heures; mais l'obstacle fut, cette fois, insurmontable, et, malgré l'aide d'un accoucheur consultant, cette femme succomba sans être délivrée, ni sans que la cause de la mort fût éclaircie.

Le même fait a aussi été observé par le docteur Adams, appelé en consultation près d'une primipare de 30 ans, très-bien conformée et qui souffrait depuis plus de 12 heures sans aucun résultat, malgré la quinine. Dilatation complète du col avec la tête en occipito-cotyloïdienne gauche, arrêtée, fixée au-dessus et en arrière de la symphyse. Le bassin étant normal, le forceps fut appliqué pendant l'éthérisation, mais sans que les efforts des deux accoucheurs pussent faire descendre la tête. La version fut tentée, et c'est alors que la main rencontra le cou du fœtus serré dans une constriction circulaire, ferme et résistante, qu'elle ne put franchir qu'après des efforts répétés. Un pied fut saisi et amené au dehors, puis l'autre, mais sans que les tractions aidées de la pression externe sur la tête aient pu vaincre la résistance du rétrécissement. Le crâne fut perforé; mais le relâchement de l'utérus, qui s'opéra soudainement, était le signe de la mort de cette femme, qui ne put ainsi être délivrée.

L'autopsie, faite quelques heures après, montra une large rupture de l'utérus située au point où la tête avait été repoussée. Le fœtus l'avait franchi et se trouva dans la cavité abdominale. Aucune mention n'est faite de l'obstacle qui avait provoqué ce malheur.

Voilà donc 7 accouchements qui ont été entravés par un obstacle identique en apparence et qui, constaté primitivement chez 4 femmes primipares, a déterminé leur mort et celle de 5 enfants. Inconnue dans son essence, cette cause n'a été précisée, vérifiée ni démontrée anatomiquement dans aucun cas. Ces faits, il est vrai, ont été observés en ville et séparément à de grandes distances et ne sont réunis ici que pour les besoins de la science et de la discussion. La cause en reste donc incertaine et sujette à contestation. Est-ce là une malformation organique congénitale, persis-

tante, comme sa répétition constatée à la même place, dans deux et trois accouchements successifs, par MM. Arnold et Thompson, tend à le faire admettre? La dépression linéaire en résultant sur la paroi abdominale externe, constatée par M. Thompson, pendant les contractions qui doivent en augmenter la tension, la saillie et la rigidité, vient encore à l'appui de cette opinion, aussi bien que l'issue fatale d'un second et troisième accouchement, alors que les premiers avaient pu s'effectuer heureusement.

Cette malformation d'un utérus en bissac ou sablier est d'autant plus admissible que, suivant les recherches de Huguier, l'union du corps avec le col de l'utérus, pendant la vie intra-utérine, est marquée par un étranglement très-appréciable sur les côtés et un amincissement très-sensible aussi d'arrière en avant. Qu'un arrêt de développement ait lieu dans ces conditions, et un utérus en sablier peut très-bien en résulter dont la forme bifide sera surtout rendue appréciable pendant les contractions.

Après son observation personnelle du premier fait, M. Hosmer croit, au contraire, à une simple contracture anormale provoquée par l'accouchement et disparaissant avec lui. Il invoque à cet égard le témoignage du docteur Thompson, qui, examinant préventivement la petite servante allemande au septième mois de sa seconde grossesse, ne constata rien d'anormal. Mais comment constater un rétrécissement membraneux situé au-dessus du col, à sept mois, et lorsque l'utérus n'est pas en contraction? La répétition de l'obstacle à la même place pendant l'accouchement, deux mois après, et qui fut fatal, démontre, bien plus ostensiblement, qu'il n'avait pas cessé d'exister.

L'auteur rappelle aussi, en faveur d'une simple contraction tonique circulaire des fibres utérines, trois cas analogues relatés par G. Elliot dans sa clinique obstétricale, où il constata comme une *crampe tétanique irrégulière de certaines fibres utérines*. Deux de ces femmes n'étaient pas primipares et n'avaient eu aucune difficulté ni retard dans leurs précédents accouchements. Aucune ne succomba, mais les trois enfants furent perdus. Il n'y a donc là rien de concluant pour le cas actuel.

Enfin il trouve l'explication de cette contraction utérine dans les recherches anatomiques récentes du docteur

L. Bandl sur les ruptures de l'utérus. C'est donc encore d'Allemagne que nous viendra la lumière. En établissant les rapports du col avec le corps de l'utérus, cet anatomiste a découvert la plus étonnante capacité du col pour augmenter toutes les dimensions de sa cavité. Il a constaté que ce dernier, dont la distension transversale est mesurée par le volume de la tête fœtale, peut atteindre une longueur de vingt centimètres. D'où il infère que c'est là une condition favorable pour que les fibres de l'orifice interne du col forment l'obstacle constaté et la cause des malheurs ci-dessus relatés. La première cavité, renfermant la tête et même une partie du tronc du fœtus dans tous les cas, aurait été formée par le col seul, et la seconde, deux fois plus grande, n'aurait contenu que le surplus. Il cite même à l'appui un cas où l'orifice interne s'élevait jusqu'à l'ombilic du fœtus, le col enserrant ainsi plus de la moitié du tronc. (*Boston med. and surg. journ.*, n°s 12 et 22.)

Grâce à la découverte de l'anatomiste allemand, la question se réduit donc à savoir si le col, allongé ou hypertrophié, peut se distendre au point de loger la tête et une partie du tronc fœtal, tandis que les fibres circulaires de l'orifice interne, tétaniquement contracturées, étreignent le corps du fœtus au-dessus, au point d'arrêter, d'empêcher son évolution malgré l'anesthésie. Sans reproduire les longs et fastidieux développements de l'auteur américain pour prouver cette nouvelle thèse, poser ainsi la question, n'est-ce pas la résoudre ? Comment admettre que l'orifice interne laisse ainsi passer la tête et les épaules pour se rétracter ensuite si énergiquement que toute progression soit impossible ? Un enkystement du placenta dans le corps de l'utérus se produit bien accidentellement par une contraction irrégulière anormale, mais ne se reproduit pas invariablement chez la même femme. Une conformation vicieuse semble donc seule pouvoir expliquer cette cause de dystocie, d'après les faits précédents, mais elle reste à démontrer anatomiquement.

Dystocie fœtale. *Des maladies fœtales qui peuvent faire obstacle à l'accouchement* ; thèse d'agrégation, par le docteur Herrgott, agrégé à la Faculté de médecine de Nancy. Paris.

Ces obstacles sont divisés selon leur siège à la tête, au

tronc ou à tout le corps. Les maladies de l'encéphale sont les plus fréquentes et les plus graves, en raison de la présentation même de cette extrémité. L'hydrocéphalie et l'encéphalocèle en sont les principales, et c'est surtout sur ce sujet important que porte la thèse, avec les anomalies concomitantes, comme l'hydramnios, l'hydrorachis et le spina bifida. Le traitement en est indiqué suivant les présentations.

Les accumulations de liquide dans le tronc, comme l'ascite, la rétention d'urine, les tumeurs rénales, constituent aussi le plus souvent les obstacles provenant de cette cavité, de même que l'œdème généralisé constitue à peu près le seul exemple de tout le corps, à part les monstruosités que l'auteur indique dans un quatrième chapitre. C'est donc là un véritable traité de dystocie fœtale.

E

ÉLÉPHANTIASIS. *Névrotomie.* La ligature de l'artère fémorale pratiquée en 1873 sur un nègre de 35 ans, pour un éléphantiasis des Arabes de la jambe droite, n'ayant amené qu'une amélioration temporaire, l'opéré se présenta de nouveau à l'hôpital de Pensylvanie en demandant l'amputation. Dans la pensée que les changements trophiques consécutifs à la section du principal tronc nerveux du membre justifiaient la section du sciatique, le docteur Thomas Morton l'exécuta, le 17 novembre 1877, en vue de modifier la nutrition des parties hypertrophiées, sauf à en venir à l'amputation en cas d'insuccès.

Le nerf sciatique fut divisé au milieu de la cuisse, puis excisé dans une étendue de un pouce un quart. Aucune complication de la plaie ne s'ensuivit, et il n'y eut pas de paralysie consécutive du membre, excepté des orteils, qui ne pouvaient se mouvoir ; l'opéré continua à fléchir et étendre le genou. En raison de l'épaisseur de l'épiderme, il était impossible de distinguer les muscles innervés. Le nerf crural antérieur paraissait innerver la plus grande partie de la surface de l'extrémité inférieure. Il n'y avait d'insensible que la moitié antérieure du dos du pied, la surface plan-

taire et le talon et un étroit espace de la peau vers le milieu du mollet.

Une diminution notable de la jambe suivit cette opération. Elle était réduite de 5 à 6 pouces de diamètre dès le mois de janvier, et l'épiderme, dur et épais, s'était détaché, en laissant une peau saine, douce et rosée, ainsi qu'au-dessus du genou. Ces résultats méritent donc d'être enregistrés. (*Boston med. and surg. journal*, janvier, n° 4.)

ÉLONGATION ou *étirement* des nerfs. Opération nouvelle pour le traitement des lésions douloureuses des nerfs. Voy. Nerfs.

EMBOLIES. *Danger des corps fibreux et des kystes volumineux.* La mort rapide ou subite étant le grand danger de cet accident, il importe surtout au médecin de savoir les cas dans lesquels elle arrive, afin que, averti, il se tienne réservé dans son pronostic et puisse prévenir les malades et les familles pour leurs dispositions testamentaires. M. Duguet l'a observée chez trois femmes de 1876 à 1878, et M. Laboulbène chez une quatrième par le développement exagéré de tumeurs abdominales ayant déterminé par leur poids, leur compression sur les veines iliaques, des thromboses des membres inférieurs et consécutivement une embolie pulmonaire amenant la mort subite. C'était un volumineux corps fibreux dans le premier cas, un énorme corps fibreux kystique dans le second et le troisième, compliqué d'ascite, de même que dans le dernier. Il s'agissait ici d'une femme de 57 ans qui avait maigri avec un aspect cachectique. On croyait à une tumeur maligne. Elle allait mieux, lorsqu'elle chancela, pâlit et s'affaissa tout à coup. Elle était morte, et l'on trouva un immense kyste multiloculaire de l'ovaire droit non cancéreux avec une légère ascite (2 *litres*). Aucun autre organe n'était malade ; mais on trouva un petit caillot cruorique dans le cœur gauche, et le ventricule droit était rempli par un caillot arrondi s'engageant dans l'artère pulmonaire, se prolongeant à droite et à gauche sur une longueur de 34 à 35 centimètres. L'origine en était dans une oblitération complète par un caillot fibrineux rougeâtre d'une veine honteuse. (*Soc. méd. des hôp.*, mai, et *Union méd.*, n° 109.)

Embolie cardiaque. *Mort subite par syncope.* Au cas de M. Tillaux publié en 1875, en voici un second de M. Terrillon, qui distingue bien nettement le genre de mort de cette embolie avec celle de l'artère pulmonaire, où les Allemands l'avaient trop mécaniquement localisée. Il s'agit d'un fumiste de 18 ans, dont on a réséqué le coccyx à l'hôpital Temporaire. Il allait bien, lorsque le 31 mai, à la visite, se tournant sur son lit pour recevoir l'injection phéniquée, comme il faisait les jours précédents, il porte violemment la tête en arrière et reste immobile sans répondre. La figure et les lèvres sont violacées, les yeux à demi fermés, la bouche entr'ouverte, sans angoisse respiratoire. Une ou deux respirations très-longues seulement, battements légers et tumultueux du cœur, pouls filiforme et très-faible. Mort subite sans un cri, malgré tous les moyens employés.

L'autopsie montra, outre la suppuration et les lésions profondes de la partie malade, avec toutes les veines de la région remplies de caillots, l'état suivant du cœur droit : un caillot de 10 à 12 centimètres de long, cylindrique, lombricoïde, gros comme une plume d'oie, fibrineux, grisâtre, bifurqué à l'une de ses extrémités et l'une de ses branches étant elle-même bifurquée, était emprisonné entre les valves de la valvule tricuspide et ses cordages. Pas le plus petit caillot dans le cœur gauche ni dans les artères pulmonaires.

Il est donc manifeste qu'un embolus des veines peut s'arrêter dans le cœur droit et causer la mort subite par syncope, non avec pâleur, mais cyanose de la face et des lèvres, turgescence des veines du cou. Il est ainsi facile de la distinguer de l'asphyxie produite par l'embolie de l'artère pulmonaire : anxiété respiratoire, orthopnée extrême, besoin d'air. Ici, au contraire, le malade perd brusquement connaissance et meurt sans lutte apparente.

Mais la mort peut aussi être moins subite et avoir des caractères moins tranchés. Que, par son petit volume, sa mollesse, l'embole s'embarrasse seulement dans le cœur droit ou qu'il en gêne simplement les contractions, et des syncopes répétées, avec pâleur ou cyanose, peuvent en être la conséquence, suivies fatalement d'une asphyxie consécutive, déterminée par l'oblitération de l'artère pulmonaire. Tels sont les faits de Trousseau et de M. Longuet. Mais ils

n'en justifient pas moins la réalité de l'embolie cardiaque. (*Archiv. de méd.*, juin).

EMPOISONNEMENTS. Le poison trouvé dans les tissus du cadavre étant regardé comme la preuve irréfragable de l'empoisonnement pendant la vie, le professeur Reese montre combien la valeur réelle de cette preuve est exagérée en l'absence de toute évidence clinique et anatomique, comme c'est trop souvent le cas. Un cadavre peut être empoisonné de deux manières : accidentellement par le sol dans lequel il est inhumé, ou volontairement en introduisant, après la mort, une solution toxique dans l'estomac ou le rectum, dans le tissu cellulaire ou les vaisseaux, comme dans l'embaumement. Le poison ainsi introduit ne peut-il se répandre dans les tissus par imbibition ou osmose ? La défense peut donc toujours exiger, en cas d'accusation d'un pareil crime, que l'expert prouve non-seulement la présence du poison dans l'estomac, mais que, en cas d'empoisonnement arsenical, celui-ci se trouve surtout dans le centre nerveux plutôt que dans les autres organes, suivant les expériences de Scolosuboff. (V. *année* 1876.) Ce n'est donc pas dans les tissus seulement que le poison doit se trouver, mais dans certains organes : l'estomac, le cerveau et le foie, en particulier, pour être une preuve irréfragable d'empoisonnement pendant la vie. (*Transact. of the college of physicians of Philadelphie*, 1877.)

Toxicité des moisissures. Après avoir décanté le brou de noix qui se fait avec des noix vertes coupées en quatre et macérées dans l'eau-de-vie, un ouvrier remplit le bocal d'eau pour utiliser ce qui pouvait rester de la liqueur. Un mois après, le liquide était couvert de moisissures, et cependant les trois enfants, âgés de 7, de 4 et 2 ans, en burent chacun un verre, et voici les effets observés quelques heures après par le docteur Courbon :

Délire avec hallucination comme dans l'empoisonnement des solanées vireuses, la belladone et le datura stramonium. Le premier cherchait à saisir les objets ; l'autre, plongé dans le coma vigil, agitait les bras, et le dernier voyait des bêtes. Le pouls était fréquent, avec pupilles largement dilatées ; pas de vomissements ni diarrhée. Le plus jeune, ayant

vomi au début, était le moins malade. Tous les trois guérirent après que l'action toxique se fut épuisée, mais non sans présenter un état alarmant. (*Ann. de la Soc. de méd. de Saint-Étienne*, 1877.)

La liqueur du brou de noix, usitée dans certaines provinces, est réputée comme calmant des coliques. Elle ne produit jamais d'accident, quoique contenant tout le principe de la noix. C'est donc aux moisissures que l'on doit les attribuer dans ce cas.

Empoisonnement saturnin. *Masticage en plomb des meules à blé.* Une seconde épidémie d'intoxication saturnine par la même cause, l'usage de farines intoxiquées, a eu lieu dans l'Hérault. La première avait eu lieu à Lodève en 1872. Celle-ci a éclaté dans l'arrondissement de Béziers, au mois d'août 1877, sur une surface de 20 à 30 kilomètres. 141 familles furent atteintes, comprenant 541 individus dont 412 furent malades, et parmi eux il y eut 39 morts. C'est donc là un fait grave, qui montre combien l'hygiène publique est mal surveillée en France et combien la législation laisse encore à désirer sous ce rapport.

Pendant trois mois, cette maladie étrange ne laissa que des soupçons sur sa nature. Des coliques avec constipation, crampes d'estomac, vomissements d'un vert porracé, douleurs très-vives dans l'abdomen, dont plusieurs cas éclatant soudainement et avec violence dans la même famille, montraient bien qu'il s'agissait d'accidents saturnins ; mais l'impossibilité d'en découvrir l'origine, des rechutes fréquentes, des accidents cérébraux graves, comme une céphalalgie initiale, intense et continue, de l'occiput et du front, des convulsions épileptiformes, des accès comateux chez les femmes et les enfants surtout, un cas même de paralysie générale progressive, égaraient l'attention de la seule et unique cause du mal. Il fallut sa généralisation et certains indices pour en faire découvrir la source.

Il ne suffisait pas en effet de reconnaître que le pain était empoisonné, car la source peut en être bien différente. Dans un cas tout récent, c'était la farine qui avait été conservée dans des ustensiles en plomb. Une autre fois, c'était l'eau employée pour faire la pâte qui contenait du plomb. Enfin, dans un troisième cas, il suffisait d'avoir chauffé le four

avec des bois de démolition empreints de couches plombifères pour empoisonner le pain. (V. *année* 1877.) Mais l'exemple local de Lodève, où la contamination des farines avait eu lieu au moulin même par des meules mastiquées avec du plomb, fit découvrir directement la vérité.

C'est seulement le 20 novembre en effet que M. Ronzier-Joly, interrogeant ses clients sur la provenance de leurs farines, en reçut de tous cette réponse uniforme : Nous vivons tous d'une farine que nous avons fait moudre au *moulin des Cyprès*. Il était bien nommé, car il suffit que M. Dumas, médecin des épidémies, soumît des échantillons des farines incriminées à M. Moitessier, pour que ce chimiste y trouvât par l'analyse un abondant précipité de sulfure de plomb. Les meules du moulin, examinées par M. Broumest, constructeur hydraulique, étaient en fort mauvais état. On avait coulé du plomb dans les joints des six pièces dont se composait la meule gisante, ainsi que dans cinq défectuosités profondes de la même face, et la meule courante fut de même trouvée remplie de plomb dans ses interstices avec saillies à la surface horizontale, ce qui facilitait l'émiettement ou la pulvérisation du plomb par son usure.

L'exemple n'avait donc pas servi, malgré l'arrêté du préfet de l'Hérault défendant expressément aux meuniers le masticage de leurs meules au plomb et chargeant les maires et les commissaires de police d'y veiller. Tout cela fut lettre morte et le sera tant qu'une surveillance rigoureuse ne sera pas exercée avec sanction sévère contre les délinquants. Tout préjudice causé à autrui en connaissance de cause est répréhensible et punissable. Comment la vie, la santé, le temps et l'argent de tant de pauvres gens qui n'ont que cela, peuvent-ils être sacrifiés, sans que les meuniers, dûment avertis, en soient responsables?

Mémoire sur des maladies produites par une farine altérée par le plomb, par M. Ronzier-Joly, Montpellier.

EMPYÈME. *Hernie consécutive de l'estomac.* Ce fait rare, sinon unique, semble devoir attirer l'attention sur les conséquences possibles de l'empyème et les précautions à prendre pour les prévenir.

Le 13 juillet 1874, le docteur Macnab, chirurgien de l'hôpital de Suffolk, ponctionne la plèvre gauche d'une fille de

15 ans et retire par aspiration plusieurs pintes de liquide sanguin purulent. Le 19, le liquide s'étant reproduit, il pratique une incision entre les troisième et quatrième côtes, à deux pouces un quart au-dessous de la clavicule, où la fluctuation était le plus sensible. Un large tube élastique est ensuite introduit et reste en place jusqu'au 19 décembre, que l'épanchement est tari.

Pendant ces cinq mois, la malade se rétablit graduellement, ainsi que la respiration. Aucune dépression du thorax n'eut lieu, sinon au point de l'incision, et le murmure vésiculaire s'entendait parfaitement de la clavicule à un pouce environ au-dessus du mamelon. En changeant de lieu l'hiver, cette jeune fille reprit la plus parfaite santé pendant les trois années suivantes, lorsque le 9 octobre 1877, après avoir copieusement mangé, elle fut prise le soir de nausées et de renvois. La face était pâle et grippée, pouls petit et rapide, extrémités froides, abdomen rétracté, sans dureté ni douleur localisée. Un émétique mit bientôt fin à tout cet appareil effrayant en provoquant le vomissement d'une abondante quantité d'aliments.

La réaction s'étant faite, on croyait à une simple indigestion, lorsque, une heure après, les nausées et les vomissements bilieux reparurent et continuèrent pendant la nuit, et, malgré les calmants et les boissons gazeuses, le collapsus augmenta graduellement, et la malade succomba rapidement.

L'ouverture fut réclamée par M. Macnab, qui, assisté de son interne, constata, vingt-quatre heures après la mort, un corps très-bien nourri. Le côté gauche du thorax semblait plus développé que le droit et rendait un son clair à la percussion. Aussitôt le sternum détaché, le contenu du côté gauche fit saillie sous forme de tumeur ayant le volume d'une tête d'adulte. Elle s'affaissa en la divisant, et l'on reconnut bientôt que c'était l'estomac recouvert du péritoine et d'une partie du poumon. Il occupait toute la cavité pleurale, recouvert du péritoine, sans aucune adhérence et renfermé entre la clavicule et le diaphragme. Il était congestionné et noirâtre. Une ouverture arrondie admettant les trois doigts et le pouce fut découverte dans la portion tendineuse gauche du diaphragme. Les bords en étaient mous, nets, sans rétrécissements. Le cœur était poussé à droite, sa pointe touchant à la paroi droite au-dessous du mamelon.

Les recherches ne furent pas poussées plus loin ; mais il est assez évident par les lésions que la production de cette hernie de l'estomac ne pouvait remonter à un long temps. L'ouverture du diaphragme ne résulterait-elle pas de l'épanchement purulent? On ne peut le dire, sinon que, depuis un an, cette jeune fille se plaignait d'une vive douleur dans le côté droit, une heure environ après chaque repas, et percevait fréquemment un gargouillement dans ce point, bien qu'il n'y eût aucune difformité. Il semble donc permis d'admettre que le processus ulcératif du plancher du thorax se fit lentement et que la hernie de l'estomac dans la plèvre eut lieu tout à coup. (*Lancet*, 5 janvier.)

Empyème des sinus frontaux. Bien qu'exact et juste, ce terme est peu usité nosologiquement, en raison sans doute de l'ignorance où l'on est des symptômes de cette affection idiopathique. Hartmann l'applique à la sécrétion purulente, qui succède parfois au coryza aigu ou chronique, dont il rapporte deux observations. L'inflammation de la muqueuse qui tapisse les sinus frontaux, en en rétrécissant l'orifice, peut en provoquer l'empyème. De violentes douleurs frontales en sont le principal symptôme, et, comme elles cèdent ordinairement à une évacuation abondante de pus, on ne peut les attribuer qu'à sa rétention.

L'auteur a combattu cette complication par l'emploi du procédé de Politzer et la cautérisation de la muqueuse hypertrophiée, mais il est bien préférable de la prévenir en employant contre le catarrhe nasal des bains prolongés et répétés d'eau de son tiède du nez et du front, avec inhalations du liquide. Ce moyen simple réussit à peu près sûrement. (*Ueber das Empyem der Stirnholen.*)

ENCHONDROMES. *Dégénérescence musculaire.* Un exemple remarquable en a été observé et opéré par le professeur Langenbeck sur un fermier de 55 ans, Gottlieb Gallien, de Vittemberg, qui l'avait signalé huit ans auparavant par une petite grosseur de la branche horizontale du pubis gauche. Dure, légèrement élastique, immobile, d'une surface irrégulière et comme noueuse, cette tumeur était ovoïde et de la grosseur d'une tête d'enfant. Son plus grand diamètre vertical était au-dessus du pubis, proéminente en haut et

en avant, en bas devant la cuisse et en dedans. La cuisse en était légèrement fléchie et en rotation, bien que le fémur et la hanche parussent libres. Un large sinus existait à la partie inféro-externe, d'où s'écoulait un liquide transparent comme la synovie.

L'ablation en fut pratiquée le 9 janvier par une incision semi-lunaire commençant à trois centimètres de l'épine pubienne et se terminant près de l'épine iliaque antéro-inférieure. Tous les muscles semblaient confondus dans la tumeur et adhéraient à sa surface. Les fémoraux étaient atrophiés et en dégénérescence graisseuse. La tumeur prenait naissance sur *toute la circonférence antérieure du trou obturateur*, dont la surface fut enlevée avec le ciseau et le marteau.

La plaie guérit rapidement et sans complication notable, malgré l'adhérence et la dégénérescence des muscles, que le chirurgien n'avait jamais observées.

A l'examen, on trouva un enchondrome d'un blanc bleuâtre, perlé, élastique, ossifié en plusieurs endroits. Son poids total était d'environ cinq kilos. La marche est redevenue facile depuis. (*Boston med. and surg. journal*, juin, n° 26.)

Enchondrome du maxillaire inférieur. *Récidive mortelle.* Sans être communs, des exemples de cette altération se trouvent dans le mémoire de M. Heath sur les blessures et les maladies des mâchoires; c'est pourquoi il y joint le suivant.

Une femme de 44 ans entre à *University college hospital* le 11 avril 1877, portant une tumeur sur le côté gauche du maxillaire inférieur, s'étendant d'un pouce en arrière de la symphyse. Un nodule gros comme une noisette fait saillie entre les dents dans la bouche. Elle est apparue neuf mois auparavant, vingt ans après avoir reçu un violent coup sur la mâchoire. Ferme et élastique, elle est douloureuse et provoque des douleurs dans la lèvre, quoique la peau soit très-mobile. Engorgement des ganglions.

Ces symptômes suffisaient pour faire craindre une tumeur maligne. Elle fut cependant excisée le 14 avril. Elle consistait principalement en tissu enchondromateux avec une matrice d'un blanc fibreux parsemée d'îlots de cellules rondes sar-

comateuses. La cicatrisation eut lieu rapidement, et l'opérée quitta l'hôpital.

Elle y rentra onze semaines après. Les bords inférieurs du maxillaire divisé étaient réunis par un tissu fibreux, mais un écartement en V existait en haut pouvant admettre le bout du doigt. Le mal avait récidivé là par une tumeur de la grosseur d'un œuf de dinde, non saillante dans la bouche. Une seconde tumeur plus grosse siégeait à la joue gauche sur le trajet de la branche du maxillaire; elle se projetait jusque dans le conduit auditif et rendait l'articulation des mots impossible. La déglutition même en était gênée. Bon état général sans gonflement des ganglions.

Une seconde opération fut faite le 1er août. Dans l'impossibilité d'extraire la tumeur par la bouche, une incision de six pouces fut pratiquée le long du bord inférieur du maxillaire, commençant à deux pouces à droite de la symphyse. La lèvre étant disséquée et relevée, la tumeur fut enlevée; mais la masse postérieure, s'étendant profondément dans la région ptérygoïde, ne put être enlevée totalement. La cavité fut injectée avec une solution de chlorure de zinc et bourrée de charpie.

La plaie commença d'abord à se cicatriser; mais, dès le quinzième jour, elle bourgeonna, avec des hémorrhagies ensuite que le cautère actuel ne put arrêter. Des douleurs locales et un écoulement fétide apparurent. La tumeur s'étendit sur le côté gauche du cou jusqu'à la clavicule. La cachexie se déclara, et l'opérée succomba dans le coma, le quarante-troisième jour après l'opération.

L'autopsie montra non-seulement la fosse zygomatique envahie par la tumeur, mais le segment droit du maxillaire inférieur et tout le plancher de la bouche à gauche. Le maxillaire supérieur n'était pas envahi, mais ses veines étaient remplies de caillots fibrineux. On en trouva aussi deux dans le poumon gauche et trois dans le droit sur le trajet de l'artère pulmonaire. La tumeur, pesant plus d'un kilogramme, était d'un jaune blanchâtre par places, rouge et vasculaire dans d'autres. Elle était principalement composée de cellules fusiformes sarcomateuses avec des portions isolées de tissu fibreux. (*Lancet*, 24 novembre 1877.)

D'où la preuve qu'un enchondrome peut dégénérer rapidement en sarcome malin, sans que l'amputation en

retarde la généralisation, si elle ne l'avance au contraire.

Un énorme enchondrome de l'humérus gauche, peut-être unique par son volume, a aussi été enlevé par la désarticulation du bras, le 31 mai, à l'Infirmerie de Leeds, sur un garçon de 26 ans. Le début en remontait à douze ans, et il s'étendait de l'articulation acromiale à trois pouces du coude, sous forme de tumeur globuleuse, ferme, dure et élastique au toucher, sans fluctuation sensible, mais avec un point de ramollissement en arrière. Sans douleur au toucher ni décoloration de la peau, elle est sillonnée par des veines superficielles avec un sinus veineux gros comme le petit doigt en avant. Aucune pulsation perceptible au poignet, malgré la chaleur de l'avant-bras et de la main. Supination de la main et extension des doigts impossibles.

La désarticulation fut faite par M. Atkinson en vingt minutes. Le bras ainsi détaché pesait 33 livres 6 onces. Tout alla bien pendant dix-huit jours, lorsque la température s'éleva et, malgré l'usage de la quinine, un violent frisson eut lieu le vingt-deuxième jour, et l'opéré mourut le vingt-cinquième de septicémie. (*Lancet*, n° 18, mai.)

ENSEIGNEMENT. Par arrêté du ministre de l'instruction publique, les circonscriptions des Facultés de médecine pour les examens annuels des officiers de santé et des sages-femmes, des pharmaciens de seconde classe et des herboristes, ont été fixées ainsi qu'il suit pour les départements en dehors de leur siège :

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Départements.	*Sièges des examens.*		
Seine-et-Oise, Seine-Inférieure, Eure.	École préparatoire de Rouen.		
Calvados, Manche, Orne, Eure-et-Loir.	Id.	Id.	Caen.
Ille-et-Vilaine, Côtes-du-Nord, Finistère, Morbihan.	Id.	Id.	Rennes.
Loire-Inférieure, Vendée, Deux-Sèvres, Charente, Charente-Inférieure.	Id.	de plein exerc.	Nantes.
Maine-et-Loire, Mayenne, Sarthe.	Id.	préparatoire	Angers.
Vienne, Indre, Creuse.	Id.	Id.	Poitiers.
Haute-Vienne, Corrèze, Dordogne.	Id.	Id.	Limoges.
Indre-et-Loire, Loir-et-Cher, Loiret, Cher.	Id.	Id.	Tours.

FACULTÉ MIXTE DE LILLE

Départements.	*Sièges des examens.*		
Somme, Aisne, Oise.	École préparatoire		d'Amiens.
Pas-de-Calais.	Id.	Id.	Arras.

FACULTÉ DE NANCY

Doubs, Jura, Haute-Saône, Territoire-de-Belfort, Vosges.	Id.	Id.	Besançon.
Marne, Seine-et-Marne, Ardennes, Aube, Meuse.	Id.	Id.	Reims.

FACULTÉ MIXTE DE LYON

Côte-d'Or, Haute-Marne, Nièvre, Yonne, Saône-et-Loire.	Id.	Id.	Dijon.
Isère, Hautes-Alpes, Ardèche, Drôme, Savoie, Haute-Savoie, Ain.	Id.	Id.	Grenoble.

FACULTÉ MIXTE DE BORDEAUX

Haute-Garonne, Ariège, Gers, Lot, Tarn, Tarn-et-Garonne, Hautes-Pyrénées, Landes, Lot-et-Garonne.	Id.	Id.	Toulouse.
Puy-de-Dôme, Cantal, Haute-Loire, Allier, Loire, Lozère, Aveyron.	Id.	Id.	Clermont.

FACULTÉ DE MONTPELLIER

Bouches-du-Rhône, Corse, Basses-Alpes, Alpes-Maritimes, Var, Vaucluse, Gard, Aude, Pyrénées-Orientales.	Id. de plein exerc.		Marseille.
Alger, Constantine, Oran.	Id.	préparatoire	Alger.

Collation des grades. Un décret du 20 juin, donnant satisfaction aux vœux depuis longtemps formulés par la Faculté de médecine de Paris en supprimant les examens de fin d'année, fixe à quatre années la durée des études pour obtenir le diplôme de docteur. Les trois premières peuvent être passées dans les Facultés, les Écoles de plein exercice de Marseille et de Nantes, et même dans les Écoles préparatoires ; mais la dernière doit être passée, dit ce décret, dans

une Faculté ou une *École de plein exercice*. On verra plus loin comment cette dernière concession est éludée.

En produisant, lors de sa première inscription, renouvelable par trimestre, les diplômes de bachelier ès lettres et ès sciences restreint, l'élève est tenu de subir, devant une Faculté, cinq examens dont trois divisés en deux parties et une thèse sur les matières et dans l'ordre suivants :

1er. *Physique, chimie, histoire naturelle médicale.* Entre la 4e et la 5e inscription.

2e. { *Anatomie et histologie.* Entre la 10e et la 12e inscription.
Physiologie. De la 12e à la 14e inscription.

3e. { *Pathologie externe, accouchements, médecine opératoire.*
Pathologie interne, pathologie générale.

4e. *Hygiène, médecine légale, thérapeutique, matière médicale et pharmacologie.*

5e. { *Clinique externe et obstétrique.*
Clinique interne, épreuve pratique d'anatomie pathologique.

Ces trois derniers examens et la thèse sur un sujet au choix ne peuvent être subis qu'après la 16e inscription. Il ne peut être fait de changement pour le premier examen qu'aux élèves des Écoles préparatoires et de plein exercice qui peuvent le passer, qu'en venant finir leur quatrième année d'études dans la Faculté qu'ils ont choisie après leur douzième inscription. De là les vives réclamations de l'École de Marseille, qui voit ainsi lui échapper ses élèves après cette inscription prise, car, obligés d'aller subir leurs premier et second examens pendant la quatrième année devant une Faculté, il est évident qu'ils auront intérêt à y faire le reste de leurs études. Tout en ayant la faculté apparente de rester à l'École de plein exercice, ils n'y resteront donc pas plus qu'à l'École préparatoire, pour le succès même de leurs examens. C'est ce qu'a très-clairement prévu M. Seux, directeur de l'École de Marseille, en réclamant énergiquement contre cette subtilité qui prive la caisse municipale des droits d'inscriptions de cette dernière année.

Les travaux pratiques de laboratoire et de dissection sont obligatoires pendant un semestre au moins, ainsi qu'un stage de deux ans dans les hôpitaux.

Les droits à payer sont ainsi fixés :

16 inscriptions à 32 fr. 50 c., y compris le droit de bibliothèque.	520
8 examens en épreuves à 30 fr.	240
8 certificats d'aptitude à 25 fr.	200
Frais matériels de travaux pratiques (première année, 60 fr.; — deuxième année, 40 fr.; — troisième année, 40 fr.; — quatrième année, 20 fr.), soit	160
Thèse	100
Certificat d'aptitude	40
Diplôme	100
Total	1360

Ce décret, abrogeant toutes les dispositions contraires, sera exécutoire à partir du 1er novembre 1879 pour la rentrée scolaire et restera seul en vigueur à partir de l'année scolaire de 1885.

Faculté mixte de Bordeaux. Un décret du 16 juin a réglé définitivement son installation, retardée jusqu'ici depuis quatre ans par le défaut d'entente de la ville avec l'État.

Un arrangement par voie d'échange est intervenu entre les deux parties intéressées et adopté par le conseil municipal, qui attribue les vastes bâtiments de la caserne Saint-Raphaël, cédée par l'État, à l'appropriation des cliniques et des travaux anatomiques de la nouvelle Faculté. Par son adjonction à l'hôpital Saint-André, ce bâtiment complètera utilement les services cliniques, et il suffira de laisser subsister les cours et les laboratoires afférents à la pharmacie et aux sciences accessoires dans l'ancienne École secondaire pour constituer l'enseignement complet de la nouvelle Faculté dès la rentrée de 1878. Le service en est déjà fixé. 21 chaires sont instituées, dont deux de clinique interne et externe et une d'accouchements ; l'anatomie générale est alliée à l'histologie. Des cliniques complémentaires seront instituées au fur et à mesure des besoins, ainsi que seize professeurs agrégés. Il n'y a plus qu'à choisir et promulguer les noms des titulaires pour les voir fonctionner.

Internat à Lyon. Par une délibération du 1er mai, le conseil général des hôpitaux de Lyon a décidé que le mode de recrutement des élèves internes serait à l'avenir conforme à celui en usage à Paris et que des conditions identiques de stage seraient faites à ces élèves. C'est donc une grande

amélioration, car le temps d'internat n'était que d'une année jusqu'ici.

Jurys d'examen. Cette question, si agitée dans la presse en France dans ces dernières années, en est aujourd'hui au même point au delà de la Manche. Il est permis de croire que si la profession avait eu ici voix au chapitre, elle l'eût résolue dans le sens de l'exclusion du personnel enseignant, juge et partie dans la cause. Le *Medical Council* en Angleterre, quoique formé exclusivement de médecins, n'a pu encore s'entendre à ce sujet. Appelé récemment à donner son avis sur un projet de loi de ce genre, dû à l'initiative du duc de Richmond, il s'est réuni, en session extraordinaire, en avril dernier, et n'a pu arriver à un accord sur la formation d'un jury unique, au moins pour chacun des trois royaumes, les représentants de la province, c'est-à-dire ceux d'Écosse et d'Irlande, ayant voté contre ce projet.

La raison en est que ces représentants émanent directement des grands corps enseignants, ayant droit de conférer séparément les grades à leurs élèves en vertu de chartes spéciales. Ils ne peuvent donc se désister de ce droit. De là la nécessité ou de former un autre conseil, ou de passer outre son avis, ou d'en appeler directement à la profession. Des pétitions ont lieu en ce moment par toutes les Sociétés locales pour obtenir cette réforme. Il est probable, selon la prédiction de lord Ripon, que la voix de la corporation tout entière se fera prochainement entendre directement à ce sujet au Parlement.

Admission des femmes. Un vote du Sénat de l'Université de Londres, sur la motion d'un de ses membres, non médecin, a définitivement admis, à la majorité de 241 voix contre 132, les femmes à s'inscrire pour suivre les cours, subir les examens et obtenir les diplômes des différentes Facultés. Ce n'est pas que la majorité des médecins soit en faveur de cette résolution. Des trois Facultés composant le Sénat, celle de médecine est la seule qui ait voté contre par 84 voix sur 22 pour. Sur les 8 membres présents, les docteurs Billing et W. Smith, sir W. Gull et sir J. Paget ont voté oui, tandis que sir W. Jenner et les docteurs Quam, Sharpey et Storrar ont voté non. Celles de droit et des arts

ont seules enlevé le vote. Leur admission dans la grande Association médicale britannique a été également repoussée par un vote formel de la dernière session. Le *Medical Council* s'est aussi déclaré contraire à leur entrée. Ce n'est donc pas du consentement des médecins anglais qu'il y aura des doctoresses, et l'on prévoit plus d'une difficulté insurmontable à leur enseignement et leur admission.

ÉPANCHEMENTS. *Influence sur la température locale.* Voy. PLEURÉSIE.

Épanchements pleurétiques. *Dyspnée.* Loin que l'oppression soit le signe constant, obligé, d'un épanchement même assez abondant de la plèvre, M. Dieulafoy montre, par deux nouvelles observations très-démonstratives et concluantes, que des épanchements chroniques de deux à cinq litres peuvent exister avec une respiration de 21 à 27 par minute sans dyspnée notable. Ce n'est pas l'épanchement, si abondant soit-il, qui détermine la dyspnée. C'est la douleur, le point de côté et la fièvre du début de la pleurésie. Dès que ces symptômes n'existent plus, l'oppression disparaît, et le malade se croit souvent guéri, alors que la plèvre est pleine de liquide, comme la thoracentèse immédiate le prouve.

Ce n'est donc pas sur l'intensité de la dyspnée qu'il faut se baser pour pratiquer la thoracentèse, mais sur les phénomènes stéthoscopiques qui en décèlent l'abondance. Quand un épanchement, sans point de côté ni fièvre, est accompagné d'oppression, avec plus de 28 à 30 respirations, c'est un indice de complication. La pleurésie est secondaire, l'épanchement s'est formé par suite d'une affection du cœur, des reins ou des poumons, et il s'agit alors d'examiner le malade plus soigneusement pour en découvrir la cause. (*Gaz. hebd.*, n° 39.) Voy. PECTORILOQUIE APHONE, THORACENTÈSE.

Épanchements ascitiques. *Diagnostic par la nature du liquide.* Analysant les liquides épanchés dans le péritoine, comme il l'avait fait des épanchements pleurétiques (voy. *années* 1872 et 1875), M. Méhu en a tiré des caractères différentiels propres aux lésions qui les produisent. Et comme ces lésions varient beaucoup de gravité, selon qu'elles siègent

dans le cœur, le foie, l'utérus, les ovaires ou le péritoine lui-même, il importe surtout de fixer les caractères essentiels de ces liquides.

Légèrement alcalins et très-fluides, ces liquides ont toujours une teinte jaune plus ou moins intense. Sur 155 analyses citées, le liquide s'est trouvé franchement acide une seule fois dans un cas d'albuminurie. Il était d'apparence laiteuse dans un cas d'affection cardiaque, contenait jusqu'à 3 grammes de matières grasses sur 1,000 et graissait le papier. Il en contenait encore dans une autre affection cardiaque et dans un cas de cirrhose, mais en faible quantité.

Parfois ils ont une consistance assez visqueuse pour donner un fil de 10 à 12 centimètres de longueur à l'extrémité d'une baguette de verre. Ce caractère y indique la présence de leucocytes dissous, sinon de globules de pus qui rendent le liquide épais, blanchâtre, visqueux et précipitable par l'acide acétique.

En dehors de ces exceptions, ces liquides déposent, pendant les vingt-quatre heures qu'ils sont extraits, une petite quantité de fibrine sous forme d'un coagulum léger moins compact que celui de l'épanchement pleurétique aigu et qui se dépose ensuite au fond du vase. La présence des leucocytes l'exclue, et par conséquent elle ne se rencontre jamais dans les épanchements visqueux, filants.

Les matières fixes qu'ils contiennent varient de 67 grammes au maximum par kilogramme jusqu'à 14 grammes au minimum. Le poids des sels minéraux varie seulement de 7 à 9 grammes. Comme dans les épanchements pleurétiques, plus est faible le poids de ces matières solides, plus le malade court de dangers. Aussi se reproduisent-ils plus rapidement que les liquides riches. Un rendement de moins de 7 grammes et demi de sels anhydres est un indice de mauvais état général.

La présence du sang, qui peut accroître le poids de ces matières fixes, n'apparaît ordinairement que douze à vingt heures après l'extraction. Les hématies, entraînées au fond du vase, donnent au liquide une teinte plus ou moins rouge selon leur quantité.

Ces leucocytes et ces hématies sont assez souvent l'indice de tumeurs cancéreuses ou ovariques, mais n'en sont pas un caractère certain.

Dans l'épanchement par *affection cardiaque*, le liquide ne se change guère en matières solides d'une ponction à l'autre, quand elles sont faites à intervalles égaux. Le maximum a été de 51 grammes et demi sur 28 ponctions, c'est-à-dire inférieur à celui des liquides épanchés sous l'influence des tumeurs abdominales.

Dans la cirrhose, au contraire, la proportion de ces matières est des plus variables. Elle diminue avec le nombre des ponctions en révélant la faiblesse croissante du sang. De là, reproduction rapide du liquide. Sa richesse en éléments fixes contr'indique le diagnostic.

Un liquide ictérique, sans être caractéristique du carcinome hépatique ou d'un organe quelconque de l'abdomen, en est souvent le signe, surtout quand la fibrine, en quantité notable, se coagule spontanément.

Les liquides les plus riches proviennent d'épanchements résultant de kystes ou tumeurs de l'ovaire ou de fibromes utérins. Celui de l'albuminurie est au contraire assez pauvre, tandis que celui de la péritonite tuberculeuse est des plus riches, comme dans la pleurésie aiguë. (*Arch. de méd.*, novembre 1877.)

Ces divers caractères pourront donc aider au diagnostic et au pronostic des épanchements péritonéaux, si souvent difficiles à porter, ou servir du moins à les rectifier.

Épanchement gazeux péritonéal. Cette espèce nouvelle de tympanisme *par exosmose de l'intestin,* prévue par Dance, et inférée des faits observés par lui, admise implicitement par M. Duplay, est reconnue explicitement aujourd'hui par M. J. Besnier, comme rendant seule compte de la très-grande abondance de gaz fétides, non fécaloïdes, dans le foyer d'un phlegmon sous-péritonéal dont le pus ne contenait pas de matières fécales. Et la preuve que cet épanchement gazeux ne dépendait ni de la décomposition du pus ou des tissus, comme dans les abcès gazeux et fétides ordinaires, c'est que ceux-là sont ordinairement mortels, tandis que celui-ci a guéri, malgré son étendue sur presque toute la surface péritonéale. Par le ballonnement, le météorisme en peau de tambour, la sonorité qu'il détermine, il modifie profondément la symptomatologie des phlegmons, qu'il peut aussi faire confondre avec la péritonite suppurée par les nausées,

faitement élucidées. Tout ce que l'on en sait, c'est qu'elle arrive plus souvent chez les diabétiques jeunes que chez les vieux, comme la statistique l'établit. On sait aussi que la fatigue, un excès d'exercice y prédispose, comme les faits le montrent.

Régime lacté. Au lieu du petit lait ou lait écrémé, vanté par Dickinson (V. *année* 1870-71), c'est l'emploi exclusif du lait pur que le professeur Jaccoud préconise. Entre autres faits où ce régime lui a bien réussi est celui d'une femme de 56 ans, entrée le 13 février dans son service pour des palpitations cardiaques. Elle a subi, six ans auparavant, un rhumatisme polyarticulaire. Depuis trois mois, ses jambes enflent le soir, et elle éprouve, depuis trois semaines, de violents battements de cœur. Bruit de souffle présystolique à la pointe; râles œdémateux aux deux bases des poumons; infiltration des jambes; urine légèrement albumineuse, mais très-sucrée; 29 grammes de sucre par litre.

Cinq jours après un régime exclusivement lacté, le sucre est diminué à 6 grammes par litre d'urine. Mais bientôt l'estomac se fatigue, et l'on est obligé de donner de la viande et du pain. Six jours après, la proportion du sucre est de 4 gr. 45 par litre. On reprend l'usage exclusif du lait, et bientôt elle descend à 2 gr. 23.

Obligé de suspendre le lait, M. Jaccoud constate bientôt l'augmentation du sucre, à 11 gr. 25 par litre. On supprime alors les granules d'acide arsénieux pour le régime exclusif du lait, et, huit jours ensuite, le sucre était réduit de moitié. Il y a donc là une preuve évidente et comme mathématique de son action anti-diabétique. Peu de malades malheureusement peuvent en supporter l'usage exclusif, et, malgré leur soif, ils s'en rebutent bientôt. De là une contr'indication formelle. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, art. 10796.)

Diabète non sucré. Voy. POLYURIE.

DIAPHRAGME. L'importance physiologique de ce muscle et son analogie avec le cœur se trouvent démontrées par la coïncidence de leur dégénérescence graisseuse. Signalée il y a dix ans par M. Callender, elle a été de nouveau étudiée

par M. le professeur Zahn, de Gand, qui, en deux mois, n'en a pas rencontré moins de 20 cas dans ses autopsies. Elle n'est donc pas rare et se rencontre sous deux formes : atrophie brune simple avec prolifération des cellules et des nucléoles, et granulation obscure avec dégénérescence graisseuse et vitreuse des fibres. La première est la plus fréquente et la moins importante. On la reconnaît aisément à l'œil nu, le tissu musculaire étant simplement plus épais et plus pâle qu'à l'état normal. Le péritoine qui le recouvre a une couleur brune et en est séparé par les dépôts de graisse existant entre eux. Le microscope montre les fibres très-dégénérées, ayant perdu leur striation et contenant des granulations, parmi d'autres fibres presque normales. La dégénérescence vitreuse n'a été rencontrée que dans un seul cas, chez un alcoolisé d'âge moyen, mort de pneumonie.

Tous les sujets présentant cette dégénérescence avaient plus de 50 ans et étaient très-émaciés. Le plus souvent, d'autres organes présentaient une atrophie simple, et chez tous la substance musculaire du cœur offrait une atrophie semblable à celle du diaphragme. La cause de la mort était le plus souvent l'emphysème sénile et la bronchite, une pneumonie catarrhale ou une affection tuberculeuse de l'intestin.

Callender avait rapporté 6 cas de dégénérescence graisseuse associée de même, dans tous les cas, avec un état semblable du cœur, alors que tous les autres muscles volontaires étaient sains ; en y joignant ceux de Zahn, on trouve dix hommes et cinq femmes.

Cette coïncidence anatomo-pathologique en montre assez la cause dans le travail incessant de ces deux organes de la naissance à la mort, et l'influence des maladies pulmonaires chroniques par la toux qu'elles provoquent. Toute action augmentée d'un organe tend ainsi à en produire l'hypertrophie et la dégénérescence. La pathogénie de cette dégénérescence dépend donc de l'âge et de l'hyperaction de l'organe, de même qu'à son tour elle peut en entraver la fonction. (*Virchow archiv*, juillet.)

DIPHTHÉRITE. *Loi d'évolution*. La diphthérite, comme d'autres maladies pulmonaires, est soumise, dit M. E. Besnier, à des lois d'évolution qu'elle n'élude jamais. Comme

le typhus est une maladie d'hiver, tandis que la fièvre typhoïde est une maladie de l'été et de l'automne, — ce qui suffit à les distinguer, — la diphthérite est essentiellement une maladie d'hiver. Chaque année, elle atteint son hypogée en automne, son paroxysme en hiver et au printemps, et décline régulièrement pendant la saison chaude. Cette marche s'accuse non-seulement par le chiffre décroissant des malades ou le nombre des décès, mais par le rapport des uns et des autres. La mortalité atteint ainsi son maximum en hiver et son minimum en été. En 1877, par exemple, la proportion de mortalité à Paris a été de 83 pour 100 dans le premier trimestre, de 79 dans le second, de 54 dans le troisième et de 73 dans le quatrième. Tel est l'état normal et régulier. L'action de l'indigence, de la misère est aussi la plus apparente. Le quinzième arrondissement, contenant de nombreux établissements consacrés à l'enfance, est le plus frappé.

De là l'importance de tenir compte de cette évolution naturelle dans l'étude, la marche et le traitement de cette maladie, dont la fréquence et la gravité s'accroissent avec les années. Elle offre ainsi moins d'imprévu aux médecins qui ne l'observent que sur un petit théâtre. Ses fluctuations naturelles peuvent être confondues avec des épidémies réelles. Et quant au traitement, on ne peut juger de sa valeur réelle et positive qu'en tenant compte de la mortalité régulière suivant la saison. Les statistiques, non divisées suivant ces périodes différentes de mortalité, ne peuvent donner que des résultats fautifs et des illusions thérapeutiques, car tel médicament qui avait donné de brillants résultats en été peut amener ensuite des déceptions multipliées en hiver, tandis qu'autrement tout s'explique. (*Union méd.*, nos 14 et 15.)

La statistique a confirmé cette loi, que c'est une maladie permanente, à paroxysme hivernal, invariable. Son chiffre mortuaire a ainsi triplé en dix ans et doublé depuis cinq. Il s'est élevé jusqu'à 2,393 dans l'hiver de 1877. C'est le plus élevé qui ait encore été atteint.

Quoique les mêmes conditions locales soient à peu près communes à toutes les grandes agglomérations urbaines, il est remarquable que Londres, qui compte 1,500,000 habitants plus que Paris, c'est-à-dire presque le double, n'a eu que 592 décès diphthéritiques en 1877, tandis que Berlin,

avec 1 million seulement d'habitants, en a eu 932, et Glasgow 366 avec 560,000 habitants.

Gonflement des glandes salivaires. A l'appui, et comme démonstration de la nature infectieuse de l'angine diphthéritique, MM. Balzer et Talamon ont remis en lumière et vérifié la réalité du gonflement des glandes salivaires et des parotides, signalé par S. Bard le premier, en 1771, et confondu depuis avec l'engorgement des ganglions lymphatiques. L'examen microscopique leur a montré que les lésions inflammatoires de ces glandes portent sur les épithéliums de leurs canaux excréteurs et des acini, sur leur tissu conjonctif péricanaliculaire, surtout, sur les vaisseaux sanguins et lymphatiques, dont ils donnent une description. Un gonflement très-appréciable en résulte, qui offre à la palpation une tuméfaction rénitente bien différente de l'engorgement ganglionnaire.

Ce gonflement glandulaire existant dans la plupart des maladies infectieuses : variole, scarlatine, fièvre typhoïde, choléra, infection puerpérale, purulente, etc., on peut y trouver la preuve que l'angine diphthéritique est de la même nature. (*Revue mensuelle*, juillet.)

DIURÉTIQUES. Tous les efforts des thérapeutistes pour trouver un diurétique certain et sans nocuité n'ont encore pu aboutir. On en cherche ainsi toujours de nouveaux. Le jaborandi, qui parut un instant réaliser toutes les qualités du genre, est déjà passé de mode par son action intense sur le système glandulaire. La digitale est de même souvent contr'indiquée par son action sur le cœur et le pouls. D'autres irritent l'estomac, et la plupart, en congestionnant, en hyperémiant les reins par leur action spéciale, ont aussi leurs dangers, surtout quand les reins sont malades. Les diurétiques connus ont ainsi moins d'indications que de contr'indications, tandis que d'autres agents le deviennent dans des conditions spéciales. Ce n'est donc pas un diurétique pour tous les cas qu'il faut trouver, mais des diurétiques spéciaux pour chaque indication distincte. Le tannin le devient ainsi dans quelques cas d'anasarque albumineuse, le copahu dans certaines ascites, le régime lacté dans les hydropisies cirrhotiques, etc.

Citrate et bromhydrate de caféine. Chez un homme affecté d'une maladie organique du cœur avec dégénérescence cirrhotique du foie, ayant amené de l'œdème de l'abdomen et des membres inférieurs, la digitale n'ayant donné que peu de résultats, M. Gubler fit une injection hypodermique de 50 centigrammes de bromhydrate de caféine. La diurèse commença dès le lendemain et arriva peu à peu jusqu'à quatre litres et demi. Mais, en supprimant les injections, les urines diminuèrent aussi, et il fallut faire une nouvelle injection qui donna le même résultat.

L'avantage ici est donc de pouvoir déposer le médicament dans le tissu cellulaire sans aucune irritation, et d'obtenir une diurèse immédiate. En outre, il n'est pas tenseur de la circulation comme la digitale, et n'abaisse le pouls que de quelques pulsations. C'est ainsi que, dans un cas de maladie du cœur arrivée au dernier terme de la cachexie, M. Féréol, sur l'avis de M. Gubler, fit une injection morphinée et administra 30 centigrammes de caféine en potion, qui amena dès le lendemain un litre et demi d'urine, bien que la mort soit arrivée deux jours après.

Digitale. Par son action sur le cœur, elle diminue notablement le pouls. De là le danger de son emploi, surtout si on le prolonge, car, arrivée au maximum d'action, il y a accumulation et absence de diurèse. Le pouls seul est impressionné. M. C. Paul fixe ainsi le nombre de 60 pulsations par minute, comme le signe auquel on doit en cesser l'usage pour qu'elle ne devienne pas toxique. Pour plus de sécurité, M. Gubler n'en continue l'usage que pendant cinq jours consécutifs. Il donne 20 gouttes de teinture alcoolique, excepté dans les affections aiguës, tandis que M. Paul préfère l'infusion, 30 centigrammes pour un litre d'eau.

Toute autre est la pratique de M. Hérard à ce sujet. Au-dessus de la teinture et même de l'infusion, il place l'usage de la macération à froid, d'accord avec tous ceux qui l'ont imité à cet égard. Il l'emploie à la dose de 25 centigrammes de poudre seulement, dans 200 grammes d'eau. Après douze heures de macération, il filtre et administre en cinq à six fois dans les 24 heures, à intervalles éloignés des repas. Par ce procédé, bien différent de la dose de 60 ou 75 centigrammes qu'il employait autrefois, l'intolérance est très-rare, ainsi

que les accidents. Les résultats sont merveilleux dans les hydropisies par affections cardiaques exclusivement, mais il faut continuer pendant 10 à 15 jours consécutifs. Les malades supportent parfaitement cette dose. On peut d'ailleurs la suspendre un ou deux jours quand la diurèse est établie (*Soc. de thér.*, décembre 1877).

La *rhéine*, la *guaranine*, la *matéine* sont, d'après M. Gubler, des alcaloïdes isomères à la caféine et s'emploient à la même dose de 50 centigr. par jour. En voici la formule typique :

℞ Hydrolat de menthe	90 grammes.
Sirop de menthe	30 grammes.
Caféine	0,50 centigr.

Mêlez.

Ces alcaloïdes seraient des stimulants du système nerveux rénal et ne produisent pas d'excitation cérébrale, comme le café. Ils forment ainsi une troisième classe différant du nitrate de potasse et de l'urée, qui irritent le parenchyme rénal, et de la digitale, qui en augmente la tension.

La *duboisine* est un nouvel alcaloïde extrait de la duboisia myoporoïdes, qui possède toutes les propriétés de l'atropine à un degré supérieur. (*Soc. de thér.*, avril.) Voy. Coca.

DRAINAGE. *Crins de cheval.* Les avantages du drainage des plaies étaient à peine connus et appréciés lorsque les fils à ligatures ou quelques brins de charpie étaient seuls employés à cet effet. Les mèches n'étaient guère employées que pour maintenir les ouvertures béantes. Il fallut l'invention des tubes en caoutchouc de M. Chassaignac, facilitant le libre écoulement du sang, du pus, du sérum épanchés, pour démontrer l'importance et l'utilité de cette méthode sur la réunion immédiate et la prompte cicatrisation des plaies, ainsi que la prévention des accidents septicémiques consécutifs; de là l'extension de cette nouvelle méthode et les perfectionnements qu'elle a déjà subis suivant les cas.

Placés entre des surfaces osseuses, comme après les résections, ces tubes élastiques peuvent en être comprimés et leur calibre même oblitéré sur un ou sur plusieurs points de leur trajet, ce qui en fait manquer l'effet. De là l'emploi

des fils organiques de catgut ou corde à boyau, qui, outre leurs avantages spéciaux de ne pas irriter les tissus, ni de favoriser comme ceux-ci l'arrivée de l'air au fond des plaies, sont incompressibles et agissent par capillarité. Leur résorption dans la plaie même permet aux extrémités de s'échapper, de tomber, sans laisser de vide ni de trajets fistuleux. (V. *année* 1877.)

Mais ces fils sont chers et ne se trouvent pas partout, et leur altérabilité, qui les fait se rompre quand on tire dessus, oblige souvent à les remplacer. De là leur substitution par les crins de cheval, qu'il est facile de se procurer partout, car les blancs et les noirs servent indifféremment. Par leur ténuité, ils pénètrent dans les trajets les plus déliés, et leur résistance, leur inaltérabilité permet de les laisser indéfiniment à demeure et de les changer de place, comme un séton. Ils remplacent les autres drains avec d'autant plus d'avantages qu'ils sont incompressibles et laissent toujours entre eux des espaces capillaires pour l'écoulement des liquides. Bien plus, on peut en diminuer graduellement le volume, à mesure que le trajet se rétrécit, en les retirant au fur et à mesure jusqu'au dernier sans la moindre douleur. Et cela dans un espace de temps souvent beaucoup moins long que celui exigé pour l'absorption du catgut. D'ailleurs, pendant que cette absorption a lieu, le drain de catgut s'infiltre de cellules embryonnaires ; il se forme entre les fils des vaisseaux capillaires, de sorte que l'on ne saurait y toucher sans les déchirer et amener un suintement sanguin. Et si l'on attend jusqu'à l'entière absorption de ce drain, il restera vers ses extrémités de petites plaies granuleuses qu'il faudra laisser se fermer. La cicatrisation en sera retardée d'autant. Enfin les fils de catgut se gonflent et s'agglutinent et cessent alors d'agir comme des drains capillaires. Aucun de ces inconvénients n'existe avec les crins : leur action reste toujours la même jusqu'au bout.

La substitution de ces crins a été faite pour la première fois par M. White, à l'infirmerie de Nottingham, d'après la publication faite par le docteur Marshall dans la *Lancet* du 2 décembre 1876. Aussitôt, cet essai a été renouvelé par M. Lister à Edimbourg contre un kyste granuleux chronique de la gaîne du tendon du long fléchisseur au poignet. Le tube en caoutchouc, étant comprimé par les tendons, fut ainsi

remplacé avec avantage par les crins, supérieurs au catgut dans ce cas particulier, parce qu'il eût été probablement absorbé avant la guérison. Il les a employés de même dans une fracture transverse de la rotule pour éviter que l'épanchement des liquides ne soulevât et n'écartât les fragments. Il a appliqué enfin ce nouveau drain après une résection partielle du genou chez une fille de 10 ans, dont le genou fléchi à un angle de 45° ne put être redressé par l'allongement anormal de la tête du fémur.

Bien entendu, ces nouveaux drains, entre les mains de M. Lister, sont préparés antiseptiquement, c'est-à-dire trempés ou macérés dans l'huile phéniquée, avant d'être placés. Et c'est comme toujours à cette préparation que l'illustre chirurgien en attribue les meilleurs effets.

« Ce drain, dit M. Lister dans sa leçon, a été introduit suivant un procédé que vous trouverez souvent fort commode. Dans nombre de circonstances, il arrive en effet qu'il n'y a pas d'ouverture à la peau dans les points les plus déclives des plaies chirurgicales. Ainsi, par exemple, après l'amputation du sein, on peut trouver en arrière une poche s'étendant beaucoup plus loin que l'angle postérieur de la plaie. Il faut alors faire une contr'ouverture pour donner passage au drain. Si, pour la pratiquer, vous vous servez d'emblée du bistouri, vous êtes exposés à ouvrir quelque branche artérielle volumineuse, et alors il faut agrandir la plaie pour arrêter l'hémorrhagie. Prenez de simples pinces à pansement ; en dirigeant de dedans en dehors leur extrémité conique, vous les ferez sans difficulté cheminer entre les troncs nerveux et artériels, et bientôt vous les sentirez saillir sous la peau, qui seule vous restera à diviser. Cette contr'ouverture opérée à l'aide du bistouri, rien ne sera plus simple que de faire sortir les pinces par cet orifice, de le dilater en écartant leurs branches, de saisir alors et d'entraîner le drain que vous voulez placer à ce niveau.

« C'est ce que nous avons fait chez notre malade. Il fallait faire sortir le drain au niveau de la région externe et postérieure du genou. En ponctionnant avec le bistouri, nous courrions le danger de léser le nerf sciatique poplité externe ou quelque artère articulaire ; grâce à ce procédé mis en usage, nous avons évité tous ces accidents.

« De même dans le cas d'inflammation chronique de la

bourse des tendons fléchisseurs au poignet. La synoviale tendineuse distendue fait saillie, en pareil cas, au niveau du poignet et dans la paume de la main, et les deux tumeurs communiquent entre elles sous le ligament annulaire du carpe. Il est alors indiqué d'ouvrir simultanément les deux cavités, afin de favoriser l'issue des concrétions fibrineuses qu'elles renferment le plus souvent (et dont le volume varie entre celui d'un grain de mil ou d'un pois). Mais il faut également assurer le libre écoulement de la sérosité si l'on se conforme aux règles de la méthode antiseptique, et si l'on veut éviter l'inflammation aiguë et suppurative de la séreuse et les accidents qu'elle entraîne. J'ai employé pour cela les drains de caoutchouc, mais il m'a semblé que leur lumière était oblitérée par les tendons qui les compriment. Craignant de voir le drain de catgut absorbé avant que l'indication du drainage eût cessé, je pensais à me servir pour mon malade du crin. Je fis donc une incision au poignet sur la bourse séreuse; un stylet mousse fut introduit dans la cavité morbide, dirigé sous le ligament annulaire du carpe, puis je le fis saillir à la paume de la main. Ainsi fut pratiquée la contr'ouverture dans cette région sans léser l'arcade palmaire. Ce nouvel orifice fut dilaté à l'aide des pinces à pansement, et, à l'aide d'un stylet aiguillé, je fis passer d'une incision à l'autre un drain de crin. J'avais eu la précaution de le désinfecter en le plongeant dans une solution d'acide phénique de 1 sur 20. Ce drain fonctionna admirablement. En enlevant chaque jour un ou deux crins, j'en diminuai graduellement le volume, si bien qu'au bout de trois semaines, après l'ablation des dernières portions de ce drain, la cicatrisation de la plaie, sans suppuration, était complète.

« Le second cas dans lequel j'ai mis en usage ce nouveau mode de drainage, vous l'avez vous-même observé. Il s'agissait d'une fracture transversale de la rotule; nous avons ouvert l'articulation, perforé obliquement les fragments à l'aide d'un drill, et nous les avons suturés avec des fils d'argent. Craignant de voir la jointure s'enflammer sous l'influence du sang épanché, je résolus de la drainer. Mais les tubes de caoutchouc comprimés par les condyles fémoraux et les tissus ambiants eussent été inefficaces. J'eus donc recours aux crins de cheval. Un drain, d'un quart de

pouce d'épaisseur, fut dirigé à l'aide de pinces à pansement jusqu'au niveau de la région externe et postérieure de la jointure, et par une manœuvre analogue à celle que je vous ai décrite. Il fonctionna admirablement, si bien que, malgré l'abondance du sang et de la sérosité qui s'épancha et qui imbiba les pièces du pansement antiseptique pendant les premières vingt-quatre heures, la jointure ne présenta pas le moindre gonflement. Le neuvième jour, on enleva les derniers crins de ce drain, que l'on avait graduellement diminué, et la cicatrisation fut bientôt complète. Le crin était aussi propre et aussi blanc que le jour où on l'avait introduit, car la sérosité, seul produit de cette plaie, avait lavé le sang qui l'avait teint le premier jour. Je fus si vivement impressionné par un tel résultat, que depuis j'ai substitué les drainages de crin à ceux de caoutchouc, dans toutes les plaies que j'ai eues à soigner, et je n'ai pas eu à me repentir de ce changement. »

DUODÉNUM. *Ulcère chronique.* Aucune mention des maladies ni des altérations des dépendances de l'estomac, le duodénum et le pancréas en particulier, ne se rencontre dans les traités classiques. Ce n'est que depuis douze à quinze ans que des observations anatomo-pathologiques ont été recueillies à cet égard. Les ulcérations duodénales ont d'abord été constatées coïncidemment avec les brûlures étendues ou les érysipèles de la peau. On les a ensuite distinguées cliniquement de celles de l'estomac, avec lesquelles elles paraissent avoir été confondues jusqu'ici. (Voy. *année* 1876.) De là l'importance d'en distinguer les symptômes, comme l'observation suivante en fournit l'occasion.

Le docteur Bickford de Woburn a succombé, au commencement d'avril 1878, aux suites d'une hémorrhagie intestinale qui l'avait réduit au dernier degré d'anémie, tellement qu'il fut sans pouls appréciable quarante-huit heures avant sa mort. Le docteur Blood, qui lui donnait ses soins, rencontra à l'autopsie un ulcère d'un pouce de diamètre sur la paroi postérieure du duodénum, sa base étant formée par la tête érodée du pancréas. Sa dépression était considérable et comblée par un caillot mou et décoloré superficiellement. Son enlèvement montra plusieurs granulations fibreuses au fond, partant d'une large artère non ouverte

qui en formait le plancher. Le duodénum était dense et fermement adhérent à l'intestin et au pancréas. Du sang liquide se trouvait dans l'intestin. L'estomac présentait une légère hypertrophie avec pigmentation du catarrhe chronique, sans aucune trace d'ulcérations.

Ce fait est remarquable par les hémorrhagies considérables que le malade éprouvait depuis vingt ans avant sa mort. Ce furent d'abord des vomissements, des hématémèses, revenant tous les deux ou trois ans, et si abondantes parfois qu'il restait sans pouls pendant douze heures et comme mort. Il les attribuait toujours à des indigestions, bien qu'elles survinssent ordinairement après une grande fatigue, celle d'un accouchement laborieux par exemple. Ce fut le symptôme prédominant jusqu'à sa mort, bien que les selles continssent aussi du sang.

Une douleur gastrique était presque continue, surtout après les hématémèses, trois heures environ après le repas, ce qui avait fait placer le siège du mal dans le duodénum.

Le pain et le lait constituaient la principale nourriture du malade, malgré sa grande clientèle. L'opium et la morphine calmaient seuls sa douleur. Le seigle ergoté seul était employé contre les hémorrhagies. Il se nourrissait alors exclusivement avec des lavements alimentaires. Le petit lait lui réussit souvent après ces hématémèses. Ces pertes énormes de sang, en se renouvelant de plus en plus fréquentes, réduisirent ainsi le malade au dernier degré d'anémie et déterminèrent définitivement la mort.

Un peintre en bâtiments de 50 ans, ayant eu des coliques de plomb à plusieurs reprises, entra à l'hôpital pour une douleur épigastrique qu'il éprouvait depuis deux mois. Elle survenait surtout la nuit avec crampes et fourmillements des membres. Nausées et vomissements le jour avec douleur de l'estomac s'étendant parfois dans l'hypochondre gauche. Eructations flatulentes. Pas d'hématémèses, constipation, miction normale. Maigreur, pâleur, langueur.

Malgré une amélioration apparente pendant quelques jours sous l'influence du régime lacté avec morphine et lavements, les vomissements et les douleurs d'estomac reparurent bientôt. Du sang apparut dans les vomissements et les selles, avec acuité de la douleur gastrique, même à la pression, dans la région pylorique, où l'on perçut une grosseur

comme un œuf de moineau. Ictère; légères convulsions, puis coma et mort.

L'ulcère du duodénum siégeait aussi sur la paroi postérieure en dehors du pylore, large comme le bout du pouce. Une artère s'ouvrait dans l'ulcère avec un caillot sortant de son ouverture. L'estomac était dilaté et hypertrophié, comme dans le catarrhe chronique, et était rempli d'un liquide couleur café. (*Boston Society for med. imp.*, avril.)

La confusion avec les maladies de l'estomac s'explique par ces lésions autant que par les symptômes.

DYSPEPSIE. *Ferment pancréatique.* Il convient spécialement, selon le docteur Engesser, contre la dyspepsie atonique dépendant soit de la sécrétion, soit de la composition défectueuse des sucs sécrétés, et dans la dyspepsie acide par suite de la transformation anormale des aliments dans l'estomac par l'altération du suc gastrique; enfin dans la dyspepsie flatulente.

Il se sert à cet effet de la muqueuse gastrique et du pancréas de porc écrasés et mélangés ensemble avec du sel que l'on administre, au lieu de pepsine, par cuillerées à café.

Une femme de 40 ans qui vomissait ses aliments non digérés avec un liquide acide, ayant résisté aux lavages de l'estomac avec l'eau de Vichy, à la pepsine et l'acide chlorhydrique étendu, il suffit de trois cuillerées par jour du mélange ci-dessus pour que, dès le premier jour, les aliments fussent digérés rapidement. En quatre mois, par ce traitement, elle augmenta de neuf livres, et les vomissements furent arrêtés. (*Stuttgart*, 1877.)

Des dyspepsies, thèse d'agrégation en médecine, par le docteur Raymond. Monographie d'ensemble précisant surtout la question au point de vue des auteurs français.

DYSTOCIE. *Dilatation partielle de l'utérus.* Instruit par les deux cas de dilatation sacciforme de la paroi postérieure de l'utérus qu'il a eu à observer en 1864 et 1877, le professeur Depaul tend à ériger cette dilatation partielle de la paroi utérine, sous l'influence même de la grossesse, en une cause fréquente de dystocie. Elle était passée jusqu'ici

les vomissements, la douleur abdominale généralisée et superficielle, communs à l'un et à l'autre. Le flot gazeux et la distension uniforme des parois abdominales, sans saillie des anses intestinales, en sont les seuls signes distinctifs en dehors de la marche des accidents. Voy. PHLEGMON.

Épanchements huileux. Les cas en sont assez rares et résultent ordinairement de l'écrasement du tissu celluloadipeux ou de la moelle des os par des fractures directes et multiples des os longs produites par écrasement. Un petit épanchement huileux a été ainsi rencontré par M. Terrier, au siège même d'une fracture de la jambe, en enlevant l'appareil. Ponctionné, il donna issue à du liquide filant, ressemblant à l'huile d'olive transparente, et composé de margarine aux trois quarts. Une petite excavation existait dessous, creusée à la face interne du tibia.

A la suite d'une fracture multiple semblable, quatre à cinq centimètres cubes d'un liquide jaune, transparent, d'aspect huileux, onctueux au toucher, s'écoulèrent immédiatement par une petite plaie (Delens).

Une collection fluctuante, survenue au côté externe du genou à la suite d'une violente compression traumatique, donna à M. Gosselin un liquide huileux, tachant le papier et contenant de magnifiques cristaux d'acide margarique.

Le plus souvent, ce liquide est mêlé à du sérum ou du sang. M. Chassaignac a trouvé aussi des globules huileux dans le pus de l'ostéo-myélite, et M. Broca dans celui de la gangrène du tissu cellulaire. L'épanchement huileux pur ne peut guère résulter que de la transsudation de la graisse de la moelle des os à la suite des fractures directes et multiples par écrasement ou broiement. (*Revue mensuelle*, juillet.)

Pneumono-dynamics (Dynamique pulmonaire), par le docteur Garland fils, chef du laboratoire de physiologie à l'université Harvard; un volume in-8° de 155 pages avec 20 planches. New-York et Boston, 1878.

« Le but de ce travail, dit l'auteur, est de donner une description exacte des vraies courbes de matité, d'enseigner la manière de les rechercher, d'exposer les expériences qui semblent en éclairer l'origine et discuter la valeur du diagnostic de ce symptôme tant contesté. » Et après l'historique

de la question et la relation de ses expériences sur les chiens, faites en 1874, en injectant dans la plèvre des solutions de colle, de plâtre, de paraffine et de beurre de cacao, il en figure les résultats par de belles planches, les compare et les discute ensuite avec ceux des autres cliniciens.

De grandes différences en résultent avec les courbes de Damoiseau et des autres observateurs. C'est là le point original de ces expériences et de ce travail. N'allez pas les attribuer cependant, comme l'ont fait même des Allemands, à la pesanteur spécifique des liquides employés, leur injection artificielle d'un seul coup et leur rapide coagulation, ni à la position contre nature imposée à l'animal ou à la douleur en résultant, toutes conditions qui contrastent si diamétralement avec l'épanchement naturel, lent, insensible de la sérosité, du sang ou du pus. L'auteur rejette toutes ces causes, et, tandis que Ferber conclut avec raison, semble-t-il, que le siège de l'épanchement en général est indubitablement déterminé surtout par le poids du liquide et la position de l'animal, M. Garland y ajoute un troisième facteur : *the lifting and distributing force of the lung*, — la force d'élévation et de distribution du poumon. Son élasticité et sa force de résistance sont, pour lui, les principales causes de ces différences. Contrairement à la plupart des auteurs classiques qui n'attachent qu'une importance secondaire à ces forces sur la distribution du liquide, il en fait la base, *the pith*, de son travail.

Toutes ses expériences sont ainsi empruntées à la physique et basées sur ses lois. Il en emploie même les termes, le langage pour les expliquer. Les rapports immédiats entre le poumon et l'épanchement sont analogues, pour lui, à ceux d'une colonne d'eau avec le piston de la pompe. Esprit mathématique, il ne conçoit, agit et écrit que par A + B. Ses règles sont fixes, absolues, invariables, mathématiques en un mot. Il percute le corps vivant comme le cadavre et y trace les mêmes lignes immuables. Un espace triangulaire de la cinquième à la huitème côte en arrière et s'étendant sous l'aisselle est le siège constant de la matité. Seulement il distingue celle-ci de la résonnance sourde, — *dulness and flatness*, — qui peut s'étendre au delà. Grâce à cette subtile distinction, ses courbes en S ont une précision mathématique, comme son langage. De là son titre.

Voici les conclusions de ce travail clinique et expérimental, telles qu'elles ont été soumises à la Société médicale de Suffolk, le 27 octobre 1877 :

I. La courbe en S de résonnance sourde a été décrite et tracée exactement dans ses diverses modifications par le professeur Calvin Ellis, de Boston, le premier.

II. Cette courbe peut être tracée seulement dans la position droite et quand le jeu des poumons n'est pas gêné par des adhérences. Sa persistance aux diverses périodes d'un épanchement indique l'absence d'adhérences dans la partie inférieure du thorax.

III. Sa forme correspond au bord inférieur du poumon et sa position au bord supérieur de l'épanchement.

IV. Elle est ainsi pathognomonique d'un épanchement liquide dans la plèvre, sans qu'il soit possible de juger par ses variations de la nature du liquide épanché.

V. Le triangle de matité correspond à la partie inféro-postérieure du poumon, laquelle n'est séparée de la paroi thoracique par l'épanchement que lorsqu'il est très-abondant.

VI. La reconnaissance de ce triangle est très-importante pour trouver la courbe de résonnance sourde, surtout dans l'hydrothorax. La négligence de ce fait a conduit à cette idée erronée que la surface d'un épanchement pleurétique est horizontale.

VII. Au lieu de pénétrer immédiatement entre le poumon et la paroi latérale du thorax, le liquide n'y pénètre que tardivement, quelle que soit la position du patient.

VIII. Loin de comprimer le poumon, comme on l'enseigne généralement, l'épanchement n'exerce qu'une pression négative en vertu de son poids.

IX. Au lieu que ce soit la partie inférieure du poumon qui soit d'abord comprimée et baignée dans le liquide, le poumon tout entier se contracte symétriquement pour s'y soustraire.

X. Loin donc que le poumon nage dans le liquide, il en supporte tout le poids, en vertu de sa rétractilité avec le diaphragme, jusqu'à ce que ce poids excède la force d'élévation du poumon.

XI. La position et la forme du poumon en lutte avec l'épanchement sont déterminées par la balance entre le poids de celui-ci et l'élasticité de celui-là.

XII. Celles de l'épanchement au contraire dépendent des différents degrés de rétractilité du poumon dans ses diverses parties, par la position du malade et d'autres complications.

XIII. L'excès de pesanteur d'un épanchement est libre d'agir sur le diaphragme suivant sa gravité spécifique.

XIV. Le diaphragme ne s'abaisse pas, tant que le poids de l'épanchement n'excède pas la force d'élévation du poumon, et tient bon de même contre l'oblitération de la dépression intercostale.

XV. Le cœur ni le médiastin ne sont pas déplacés par un épanchement gazeux ou liquide, mais surélevés par le poumon opposé. D'énormes épanchements peuvent seuls augmenter le déplacement.

XVI. L'interruption des bruits de frottement, dans la première période de a pleurésie, ne résulte pas de l'épanchement séparant les deux feuillets latéraux de la plèvre, mais de la faiblesse des muscles respiratoires du côté malade, incapables d'un mouvement suffisant pour la production de ces sons.

XVII. La pression négative du poumon favorise la résorption du liquide dans la plèvre.

XVIII. L'action des muscles intercostaux favorise l'absorption hors de la plèvre durant l'inspiration.

XIX. La pression négative du poumon favorise encore la réplétion diastolique du cœur, démontrée par Marey et d'autres ; mais l'obstacle à la rétraction du poumon doit cependant être accompagné de trouble cardiaque, tels que irrégularité des battements, affaiblissement de la tension artérielle, stagnation veineuse.

La plupart de ces propositions sont originales, comme on voit, et l'on en trouvera les raisons, sinon les preuves, dans cet ouvrage. Mais elles ont été contredites et infirmées dans ce qu'elles ont d'original par le docteur Hunt, devant la même Société, en montrant que l'auteur avait mal compris et interprété les expériences de Ferber et que les siennes ne sont pas concluantes de sa théorie. Dire que le poumon, qui est solide et qui a une forme et une structure, n'est pas un corps résistant, est un non-sens, comme le niveau hydrostatique qu'il attribue au liquide entouré de tous côtés par des solides. (*Boston med. and surg. Journ.*, n° 11.)

ÉPILEPSIE. *Asymétrie faciale.* Ce nouveau signe physique, pas plus que le rétrécissement de l'orifice supérieur du canal vertébral, donné par Sœlbrig comme cause de l'épilepsie, ne paraît devoir former une caractéristique bien certaine de l'incurabilité absolue de cette épouvantable maladie, comme M. Lasègue l'a avancé (voy. *année* 1877). Sur 94 épileptiques examinés à ce point de vue dans les divers asiles et hôpitaux de Lyon, M. Garel, interne, a constaté 52 cas d'asymétrie se divisant ainsi :

	ASYMÉTRIE MARQUÉE.	ASYM. LÉGÈRE.	TOTAL.
Sur 48 femmes, il y a eu :.	17 cas	11 cas	28
Sur 46 hommes, il y a eu :	21 cas	3 cas	24

L'asymétrie est donc manifestement plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. Mais est-ce là une difformité spéciale aux épileptiques ? Pour en décider, 94 malades hommes, vénériens ou dartreux, ont été pris au hasard à l'Antiquaille et examinés sous ce rapport. Or, il s'en est trouvé 38 atteints d'asymétrie, 25 fois marquée et 13 fois légère. La comparaison n'est pas, à la vérité, parfaitement exacte, puisqu'elle n'a lieu qu'entre les hommes ; mais elle suffit à montrer, par les deux tableaux synoptiques détaillés de ces deux séries de malades, que l'asymétrie faciale, marquée ou légère, n'est pas un signe distinctif, un stigmate de l'épilepsie, puisque 40 sur 100 des autres malades en sont atteints, au lieu de 52 chez ceux-ci.

On peut alléguer sans doute que cette différence en plus de 12 pour 100 chez les épileptiques est la mesure de l'épilepsie vraie, incurable, due exclusivement à la consolidation vicieuse de la base du crâne, comme l'entend M. Lasègue, tandis que les autres le seraient également par accident. Mais des statistiques comparatives plus étendues et rigoureuses, faites en divers lieux, seraient indispensables pour établir ce fait que rien n'autorise. En effet, on trouverait à peine cette proportion dans les épileptiques hommes qui satisfassent aux conditions fixées par M. Lasègue, c'est-à-dire qui le soient devenus de 12 à 18 ans, limites extrêmes de la consolidation osseuse. D'autre part, 19 épileptiques le sont devenus de 10 à 20 ans sans trace d'asymétrie, tandis que 13 asymétriques ont éprouvé le premier

accès avant cet âge ou au delà. Rien n'est donc fixe ni régulier à cet égard.

Précisant davantage, M. Garel établit la fréquence relative de chaque déformation en particulier par l'analyse de tous les cas épileptiques ou non. En voici les résultats :

	ÉPILEPTIQUES.	NON ÉPILEPTIQUES.
Saillie frontale	57,44 0/0	51,06 0/0
Saillie malaire	53,76	31,9
Rotation de la face	49,46	39,36
Déformation palatine	32,9	23,4
Niveau orbitaire	45,74	37,23
Effacement d'un côté de la face.	71,39	51,06

Cet effacement d'un des côtés de la face est le plus fréquent ; mais, dans 30 cas, il était assez léger pour ne pas entraîner à lui seul une asymétrie appréciable. Au contraire, la déformation palatine, sur laquelle insiste spécialement M. Lasègue, est la plus rare. La concavité droite paraît la plus fréquente. Du reste, cette déformation n'est pas toujours facile à déterminer. Une saillie osseuse de la ligne médiane au niveau de la suture des deux maxillaires, signalée par M. Chassaignac, a été rencontrée chez 6 épileptiques et chez 4 non épileptiques dont deux syphilitiques seulement. La voûte palatine ogivale, en forme de V, ou *V. shaped maxilla* des Anglais, n'a été rencontrée que trois fois. Une dizaine de moules représentent ces diverses variétés.

La saillie frontale, ordinairement très-marquée à droite, n'a guère de valeur diagnostique, car elle n'est pas plus fréquente chez les épileptiques que chez les autres malades, et encore peut-elle résulter simplement d'un traumatisme antérieur.

Il en est autrement de la saillie de la pommette, réellement plus fréquente chez les épileptiques.

La rotation de la face caractérise le mieux l'asymétrie ; mais est elle parfois peu sensible.

Ce signe, qui aurait une si grande valeur quant au pronostic et l'indication du traitement, n'a donc qu'une importance limitée. Mais, en présence de ce vice de conformation du squelette, l'épilepsie est toujours d'un plus fâcheux augure, car il est incurable et ne peut que nuire au jeu régulier du système nerveux. C'est une épilepsie sympto-

matique comme toutes les autres, mais sans que l'on puisse en changer ni modifier la cause. Quant à sa valeur diagnostique, on voit qu'elle est très-incertaine. (*Lyon méd.*, nos 1 et 2.)

Injections hypodermiques. L'insuccès des remèdes internes a conduit les médecins allemands à recourir aux injections hypodermiques des plus redoutables poisons. Le *curare* a été ainsi expérimenté par le docteur Kunze sur 35 épileptiques, dont 9 ont guéri, qui avaient résisté antérieurement à beaucoup d'autres remèdes et notamment au bromure de potassium. D'une solution de 5 décigrammes de curare dans 5 grammes d'eau, il injecte 8 gouttes toutes les cinq à sept heures, ce qui fait au moins 4 centigrammes de curare, dose énorme. (*Zeitschr. für prakt. mediz.*)

C'est l'*atropine* que le docteur Silvestrini a employée, à la dose de 2 milligrammes dans un gramme d'eau, mais en l'additionnant de un ou deux centigrammes de morphine, comme pour en neutraliser les effets, car ils sont antagonistes. Aussi les faits qu'il rapporte n'ont absolument rien de concluant, si ce n'est chez un garçon de 15 ans qui eut six accès en 30 minutes. Une injection de un centigramme de morphine et un milligramme d'atropine les fit immédiatement cesser. (*Gazz. med. Venete*, n° 45.)

Vallender a réussi également à suspendre des accès épileptiques en injectant pendant l'aura 80 centigrammes d'une solution de un centigramme d'*apomorphine* dans 10 grammes de véhicule. Ce fut d'abord chez une paysanne de 20 ans qui, depuis deux ans seulement, avait des accès croissants, dix à seize par jour, avec une sensation de chaleur à l'estomac comme signe. Après quelques minutes, elle tombait en criant avec perte de connaissance et convulsions cloniques. Cinq injections par jour suffirent à supprimer les accès. Il n'y avait qu'une espèce de syncope avec nausées, sans vomissements. En cessant les injections, les accès reparurent d'abord, mais plus faibles, et disparurent ainsi à la longue.

Une fille de 22 ans, ayant une mère épileptique, avait de longs accès chaque jour, précédés d'un court tournoiement. Les accès diminuèrent d'abord et cessèrent en un mois.

Une fille de 44 ans était épileptique depuis longtemps, et

ses accès étaient précédés d'une sensation de piqûre au gros orteil avec salivation, palpitations, et constriction du thorax. Chaque injection arrêtait l'accès; mais la malade ne continua pas le traitement. (*Berlin. Klin. Wochens.*, n° 14, 1877.)

Bromure de potassium. Une éruption pustuleuse acnéiforme étant survenue à deux reprises à la suite de l'usage de ce sel à haute dose chez une épileptique, pour disparaître dès qu'on le cessait, le docteur Russell pensa recourir à l'arsenic pour empêcher cet effet, d'après l'action physiologique contraire qu'il exerce sur les composés iodés. Cinq gouttes de teinture arsenicale furent ajoutées à chaque dose de bromure, et, une semaine après, l'éruption acnéiforme disparut. C'est donc là son antagoniste. (*British med. journal*, mars.)

Étude médico-légale sur les épileptiques, par Legrand du Saulle; un vol. in-8, Paris, 1877. Classification des épileptiques selon leur responsabilité. Trois variétés en sont établies ainsi : ceux dont la névrose n'a point retenti sur l'intelligence et qui sont responsables; ceux qui ne présentent que passagèrement des troubles intellectuels et qui sont partiellement responsables, selon que l'acte incriminé a été commis dans un accès, un vertige et d'une certaine manière plus ou moins involontaire ; ceux dont l'esprit est profondément altéré et d'une manière permanente sont seuls irresponsables. C'est à différencier ces cas, suivant leur nature, d'après la symptomatologie, à les distinguer les uns des autres, d'après de nombreuses observations, que l'auteur a offert aux médecins un guide pour se reconnaître dans ce labyrinthe. Sur 40,000 épileptiques vrais qui existent en France, 4,000, le dixième seulement, sont séquestrés, et ce ne sont pas toujours les plus dangereux. De là la nécessité pour le médecin de pouvoir se prononcer légalement sur leurs actes en connaissance de cause.

EXERCICE. Le nombre des médecins, suivant la population, varie considérablement dans les différents pays, selon que l'exercice y est libre, restreint ou réglementé. En voici la proportion dans divers États :

	NOMBRE DES MÉDECINS.	POPULATION.	PROPORTION.
Etats-Unis	62,383	44,874,814	1 : 600 hab.
France.....	19,902	36,100,000	1 : 1814 —
Grande-Bretagne .	19,385	32,412,100	1 : 1672 —
Allemagne	13,686	41,060,695	1 : 3000 —
Autriche-Hongrie .	14,361	35,904,435	1 : 2500 —
Canada	2,998	357,577	1 : 1193 —

Réglementation. Une loi, votée tout récemment par le Parlement de l'île Jersey, réglemente l'exercice de la médecine pour remplacer la liberté qui régnait à cet égard, comme elle existe encore à Guernesey, l'île voisine. Suivant l'article I, aucune personne ne pourra se livrer à l'art de guérir s'il n'en a reçu l'autorisation de la cour royale, et celle-ci ne doit l'accorder, d'après l'article II, qu'aux porteurs de diplômes anglais et français, c'est-à-dire émanant de toute université, collège, école ou faculté de ces deux pays. Les chirurgiens de l'armée et de la marine anglaises et les officiers de santé français seront également reconnus et autorisés, pourvu qu'ils aient pratiqué publiquement dans l'île dix ans avant le 1er janvier 1878.

Les pénalités contre les contrevenants, à partir de la promulgation de la loi du 25 mars 1878, sont une amende de 500 francs ou l'emprisonnement et l'incapacité de recevoir aucune somme due pour exercice illégal. Les médecins français pourront donc aller désormais s'établir légalement dans les îles de la Manche.

De grands efforts sont faits en Russie pour l'abrogation de la loi qui oblige le médecin à visiter n'importe qui l'appelle, laquelle a été abrogée en Prusse en 1869. Au mépris de tous les droits de la liberté individuelle, elle expose à l'amende celui qui refuse, soit de 5 à 10 roubles la première fois, de 10 à 15 la seconde et de 50 à 100 la troisième. De plus, si le médecin ainsi condamné est au service de l'Etat, il est révoqué. Et le pis est que, loin d'être lettre morte, cette loi est en complète vigueur. Son abrogation serait donc une justice et un bienfait.

Système métrique. Il se vulgarise de plus en plus aux États-Unis, surtout par les efforts des médecins. La Société médicale de la Pensylvanie a voté ainsi la résolution, le 30

mai dernier, de n'admettre à l'avenir que le système métrique dans les travaux qui lui seraient présentés, en recommandant à tous ses membres d'en faire usage dans leur pratique et aux écoles publiques d'obliger leurs élèves à s'en servir exclusivement.

L'Association médicale américaine a également adopté, le 30 juin, la recommandation faite à tous les médecins d'employer ce système dans leurs prescriptions, leur enseignement et leurs écrits, à cause de son caractère uniforme international et généralement applicable par sa simplicité et sa sécurité dans les usages scientifiques. Cette initiative fait grand honneur au corps médical et ne peut que lui profiter.

Enfin, par une circulaire récente émanée du docteur Woodworth, chirurgien en chef des hôpitaux de la marine des États-Unis, sous l'approbation du ministre, il est prescrit à tous les médecins de ce département de ne faire usage à l'avenir que du système métrique des poids et mesures dans leurs communications officielles, médicales et pharmaceutiques, conformément à la loi du 28 juillet 1866.

EXOSTOSES. *Fracture sous-cutanée.* Un second exemple en est offert par M. Maunder, qui a mieux réussi que le premier. C'est une jeune fille de 15 ans qui, deux ans auparavant, s'était fait une entorse violente du genou droit. Une telle douleur en résulta avec gonflement que la marche était impossible. Une exostose se forma au-dessous de la tubérosité interne du tibia avec un large pédicule. Une peau de chamois protégeant les téguments, le chirurgien saisit le pédicule avec de fortes pinces et le fractura par un mouvement brusque, sans solution de continuité des parties molles. Des applications de glace suffirent à résorber l'ecchymose produite. La douleur disparut, et la locomotion revint normale.

Présentée à la Société clinique de Londres, dix mois après l'opération, cette jeune fille offre une différence notable avec la première opérée en 1874, de la même manière et dans des conditions identiques, d'une exostose globuleuse de la partie inféro-externe du fémur, soumise comme terme de comparaison. Celle-ci, malgré des mouvements passifs, s'est rattachée au fémur et occupe dans le creux poplité une nouvelle situation, qui ne trouble en rien la locomotion,

tandis que, chez la seconde, cette exostose est restée parfaitement mobile. (*Clinical Soc.*, 14 décembre 1877.)

Cette opération nouvelle, suggérée par M. Chassaignac dès 1853, d'après la rupture accidentelle d'une exostose de la partie inférieure du fémur observée par lui, mérite donc de rester dans la pratique, puisqu'elle réalise tous les avantages de la méthode sous-cutanée et évite les accidents du traumatisme à ciel ouvert. M. Gillette met pourtant les conditions suivantes à son emploi. C'est que le pédicule de l'exostose soit assez délié pour que sa fracture puisse s'effectuer facilement et sûrement, sans trop de résistance ni de dégâts ; des efforts trop puissants et une base trop large pourrraient entraîner la rupture de l'os même au point d'implantation de l'exostose. Il croit en outre que, jouant le rôle de corps étranger après sa rupture, elle peut causer du trouble et de la gêne, surtout dans l'article et dans le jarret, où elle se trouve située, et qu'après leur enkystement dans les tissus il y aurait avantage à les extraire comme les autres corps étrangers. (*Union méd.*, n° 28.)

Exostoses du méat auditif. *Perforation et excision.* Ce n'est pas seulement contre la surdité que l'ablation ou la destruction de ces excroissances osseuses est nécessaire, mais surtout contre les accidents mortels qu'elles peuvent déterminer en s'étendant au tympan ou aux parties voisines. Un exemple en est rapporté par le docteur Green, démonstrateur d'otologie clinique de l'Université Harvard à l'hôpital de Boston, chez le fils d'un médecin qui, dès son enfance, fut atteint d'une otorrhée à gauche. Examiné à 14 ans, après bien des alternatives de mieux et de pire, il présentait un écoulement muco-purulent épais avec occlusion de la partie inférieure du méat par deux exostoses à large base, situées l'une à la paroi antérieure du méat et l'autre à la paroi postérieure. Un espace triangulaire libre existait encore en haut qui permit de constater la destruction du tympan avec granulation de la muqueuse. Pas de carie appréciable.

Les soins paternels permirent de conduire ce jeune homme délicat jusqu'à vingt-un ans sans encombre, lorsque, l'écoulement et la surdité augmentant, un nouvel examen eut lieu. Les exostoses s'étaient beaucoup accrues, et c'est alors que la question de les enlever fut agitée. Mais l'écou-

lement ayant diminué, on attendit. Il avait même entièrement cessé depuis six semaines, lorsqu'un violent mal de tête se déclara, le 22 mars, avec douleurs continues qui se localisèrent bientôt dans la région temporale gauche et l'œil, avec photophobie, pouls à 96, délire, prostration.

La rémission momentanée de ces graves symptômes firent encore différer l'opération; mais les accidents locaux et généraux étant revenus avec plus d'intensité vingt-quatre heures après, sans aucun écoulement de l'oreille, M. Green pratiqua une ouverture en perforant les exostoses avec un foret de trois millimètres de diamètre. Un stylet découvrit alors une carie profonde. L'apophyse mastoïde fut dès lors mise à nu et trépanée dans la direction du tympan, qui permit par des injections de faire écouler une certaine quantité de matières grumeleuses, et, grâce au renouvellement de ces injections toutes les heures, un mieux sensible s'ensuivit. Mais les méninges étaient prises; le délire revint, puis les convulsions, le coma et la mort le 30 mars.

Ces accidents mortels furent évidemment produits par l'extension de l'inflammation tympanique au cerveau. Que la perforation et la trépanation de l'apophyse mastoïde hyperostosiée eussent été pratiquées plus tôt, et la mort eût peut-être été prévenue.

Il n'y a donc pas à hésiter en pareil cas, et surtout, quand les exostoses sont pédiculées, à les exciser de bonne heure ou à les perforer, comme M. Bonnafont l'a fait le premier, sinon à en faire l'ablation avec la gouge et le maillet, comme trois nouveaux cas en ont été pratiqués avec succès en Allemagne. (*Ann. des mal. de l'oreille,* mai, n° 2.)

Les exostoses à large base sont malheureusement les plus communes. 7 cas en ont été observés par M. Green en deux ans sur des hommes, sans aucun symptôme morbide ni accroissement sensible dans trois cas. Le tympan était normal et l'audition parfaite. Elles coïncidaient dans les autres avec une inflammation chronique purulente du tympan et surdité. Lorsqu'il y a accroissement dans ces cas, l'ablation est indiquée, surtout si l'occlusion empêche l'écoulement On peut y recourir avec la gouge et le maillet, le ciseau et la lime, le davier ou l'électrolyse. M. Clarke en a guéri un cas, par ce dernier moyen, en 1873; mais un autre, opéré de même en 1876 par M. Dalby, fut suivi de paralysie latérale de la face. Le da-

vier a été employé et vanté par Mathewson. (*Boston med. and surg. journal*, avril, n° 16.)

EXTENSION CONTINUE. Voy. TUMEURS BLANCHES.

F

FIÈVRES. Les progrès accomplis dans leur étiologie et leur symptomatologie n'empêchent pas que souvent encore il est bien difficile d'en distinguer les différentes espèces et de les caractériser, malgré la simplification de leur nomenclature, à cause de la simultanéité de leurs manifestations diverses et même de leurs lésions anatomo-pathologiques. Le prétendu antagonisme de Boudin entre la fièvre typhoïde et les fièvres intermittentes palustres est un mythe auquel personne ne croit plus. S'il est bien constaté qu'elles ont ordinairement des lieux d'élection différents et des causes tout opposées, il n'en est pas moins vrai que la première se manifeste souvent dans un milieu exclusivement palustre et à la suite d'accès purement intermittents ou rémittents. C'est ce que le professeur L. Colin, du Val-de-Grâce, démontre avec un luxe de preuves dans un travail sur la *fièvre typhoïde palustre*, connue déjà sous les noms de *rémittente typhoïde*, *sub-continue typhoïde* et de *typho-malarial fever* par les Anglais et les Américains. Les observations faites depuis trente années en Algérie, à Rome, dans l'Inde et la plupart des contrées palustres intertropicales ou à la suite de grandes chaleurs, en déposent démesurément.

Sans confondre l'action palustre tellurique, marécageuse, qui engendre les fièvres intermittentes et rémittentes simples ou pernicieuses avec le miasme humain, animal, qui provoque la fièvre typhoïde, M. Colin ne croit pas que dans les cas où ces deux manifestations coïncident symptomatologiquement et anatomiquement, comme il en cite des exemples, elles procèdent à la fois de ces deux causes du milieu ambiant, comme l'admettent certains observateurs. La première seule agit primitivement, d'après lui ; mais le mouvement fébrile violent, l'altération profonde des sécrétions et les accidents gastro-intestinaux intenses, résultant

de la fièvre intermittente, peuvent bien produire ensuite le miasme humain au dedans du malade lui-même et déterminer secondairement ainsi la fièvre typhoïde ou plutôt la substituer à la première. De là la fièvre typhoïde palustre. (*Arch. de méd.*, mars et avril.)

Telle est en résumé la nouvelle doctrine théorique que l'auteur s'efforce, par toutes sortes de raisonnements, de comparaisons et de répétitions, à faire accepter. Elle confirme ainsi son autre théorie de la spontanéité de la fièvre typhoïde. Mais comment les prouver autrement que par l'interprétation systématique des faits qui peuvent, avec autant de raison et de vraisemblance, être interprétés tout différemment. De là l'incertitude et l'indécision qui règnent à ce sujet.

Physiologie pathologique de la fièvre; thèse d'agrégation de médecine, par le docteur Ducastel. Résumé de tout ce que l'on sait aujourd'hui sur ce sujet complexe, d'après les recherches récentes des auteurs des différents pays. Tous ces documents, mis en bon ordre, serviront utilement à se faire une opinion sur ce sujet.

Do valor das investigaçôes termometricas no diagnostico, prognostico e tratamento das pyrexias que reinan no Rio de Janeiro (Valeur des investigations thermométriques dans le diagnostic, le pronostic et le traitement des pyrexies qui règnent à Rio de Janeiro). Thèse inaugurale soutenue à la Faculté de médecine de Rio de Janeiro par le docteur Ramos; un volume in-8° de 134 pages avec 11 tracés thermométriques et les tableaux thermométriques de 47 observations de pyrexies.

Comme tous les travaux de ce genre, celui-ci est surtout une œuvre de bibliographie, d'érudition. Sur un pareil sujet, elle ne peut être que très-vaste, et encore note-t-on de nombreuses omissions; mais le choix est bien fait, les citations topiques et les indications précises. Les auteurs français sont particulièrement visés. Rien d'original cependant que la confirmation de ce que l'on savait sur ce sujet.

La forme spéciale des observations mérite pourtant d'être signalée. Au lieu de ces longues histoires où les points essentiels se perdent souvent, l'auteur a fait des tableaux

avec le titre de la maladie et l'état civil du malade, en marquant, jour par jour, la température du matin et du soir avec le traitement présent. C'est simple et clair.

Fièvre typhoïde. *Étiologie.* En rapportant deux cas de refroidissement du corps par l'ingestion rapide d'une grande quantité d'eau froide et l'action extérieure de la pluie, chez deux jeunes soldats robustes et vigoureux, le docteur Czernicki, tout en distinguant le mode d'action différente du froid, montre très-bien que la spontanéité morbide est indispensable pour produire l'intoxication typhogène. La rétention de l'urée dans le sang lui en paraît la principale cause, et c'est surtout son excrétion par les reins et la peau que l'on doit surveiller et favoriser, notamment chez les individus fortement musclés et nourris, sanguins, actifs, soumis accidentellement à des causes déprimantes, de grandes fatigues, ou qui ont été surmenés. Que le refroidissement survienne alors, et, soit primitivement, soit secondairement, la fièvre typhoïde peut éclater par auto-infection, sans qu'aucune cause locale y participe. Il se demande même si la maladie est alors contagieuse et transmissible, comme dans les épidémies. De là l'importance d'établir rigoureusement ces conditions où la dothiénenterie prend naissance pour ne pas employer des mesures de préservation inutiles. (*Recueil de méd. et chir. milit.* juillet-août.)

Ferment figuré du sang. Sa présence a été démontrée par M. Feltz de la manière suivante : quatre ballons préparés selon la méthode de M. Pasteur, les 12 et 13 août, et ne contenant que de l'air pur ont reçu directement et séparément l'un du sang de chien, deux de l'urine ammoniacale filtrée sur le charbon, et le dernier le sang extrait de la veine d'une femme atteinte de fièvre typhoïde. Soumis dans une étuve à une température constante de 30 à 35° jusqu'en novembre, le liquide des trois premiers ballons ne contenait aucune trace de fermentation ni de ferment organisé, tandis que le quatrième répandait une odeur *sui generis*, moins pénétrante que celle de la putréfaction, le sérum d'un brun foncé, le caillot pulvérulent sans nulle cristallisation. Globules déformés, quantité énorme de globulins ovoïdes, libres ou accolés en séries formant des

filaments granuleux, sans mouvements et donnant la réaction par l'ammoniaque d'un ferment cryptogamique. D'où la preuve que le sang typhoïde le contient en suspension et que ce ferment est susceptible de végéter, de se multiplier dans des ballons ne renfermant que de l'air pur, tandis que le sang veineux normal n'en renferme pas. (*Acad. des sciences*, décembre 1877.)

Ulcérations laryngiennes. L'ouverture des voies respiratoires doit être pratiquée aussitôt que possible, suivant le docteur Koch, par crainte des rétrécissements consécutifs du larynx, comme il en a observé deux exemples. (Voy. RÉTRÉCISSEMENTS.) Elle ne peut être que d'une influence bienfaisante pendant toute la durée de la fièvre typhoïde en favorisant l'hématose. Mais l'opérateur peut rencontrer des obstacles très-sérieux qui doivent faire préférer la trachéotomie pratiquée le plus bas possible aux ouvertures faites plus haut. Le bistouri rencontre souvent en avant du cartilage cricoïde un sac rempli de pus et de grumeaux de cartilages qui cache le champ opératoire et l'introduction de la canule. Le chirurgien dirigera facilement l'instrument sur la surface antérieure du cartilage plus ou moins mobile et passera à côté du larynx sans y pénétrer. La lame peut ainsi suivre loin, et, si le sac communique avec le larynx, il sortira de l'air, et le chirurgien croira avoir ouvert la trachée. Il enfoncera ainsi la canule dans le sac, au lieu de la trachée, et fera périr le malade par asphyxie.

Le décollement de la muqueuse laryngienne peut encore augmenter les difficultés, et c'est pour n'en pas avoir tenu compte que les meilleurs chirurgiens ont été autrefois induits en erreur. Textor père pénétra ainsi jusqu'à la colonne vertébrale sur une femme de 24 ans, sans ouvrir la trachée, comme l'autopsie le montra. Il enfonça de même la canule de Bretonneau dans un vaste espace situé derrière le cricoïde, et, comme la respiration ne s'effectuait pas, il prolongea l'incision jusqu'au cartilage thyroïde, sans que la trachée fût ouverte, comme l'autopsie le montra encore. La muqueuse laryngienne étant décollée dans un cas de crico-trachéotomie, Pitha enfonça la canule, qui s'introduisit entre la muqueuse et les anneaux de la trachée dénudés, et l'opéré mourut. Demme perdit un jeune homme de 18 ans

par la même raison, et un bien plus grand nombre d'accidents pourraient être cités et sont pour ainsi dire inévitables quand on divise l'arc antérieur du cricoïde qui soutient les cartilages arythénoïdes et les muscles laryngiens. (*Ann. des malad. des oreilles et du larynx,* n° 3.)

Gangrène sèche. Depuis que Bourgeois d'Étampes, le premier il y a vingt ans, attribua explicitement ce formidable accident à la fièvre typhoïde, bien des observations sont venues confirmer cette profonde interprétation clinique, en infirmant celle de l'indépendance de ces deux manifestations morbides que Béhier voulut faire prévaloir contre elle. L'école anatomique s'est chargée elle-même de démontrer leur liaison intime et leur rapport de cause à effet contre celui-là même qui les niait en son nom. Que le caillot vienne du cœur provoqué par une endocardite, ou qu'il soit formé sur place par une endartérite locale, sur un point du parcours de l'artère, l'effet est le même et également sous la dépendance de l'état général. C'est donc seulement par les symptômes cliniques que l'on peut distinguer pendant la vie ces deux manifestations différentes de la gangrène sèche des membres et en prévoir, en annoncer la complication.

La présentation faite par M. Lereboullet de deux exemples de cette double origine tend à mettre ce fait nouveau en lumière. Dans le premier, l'exploration du cœur ne révélait ni bruit de souffle, ni altération *notable* du rhythme, ni de l'énergie des battements; pas même l'affaiblissement du premier bruit noté par M. Hayem dans ces manifestations cardiaques de la fièvre typhoïde dont il fait dériver la gangrène ; mais il y avait un pouls mou, inégal, irrégulier, indiquant assez l'état anormal de la circulation centrale. De plus, l'artère crurale était remplacée par un cordon dur, noueux, et l'on s'aperçut que le malade ne pouvait se tenir sur ses jambes, comme dans les paralysies ischémiques. C'en était une, en effet, car l'autopsie montra la fin de l'aorte abdominale remplie de gros caillots d'un blanc rose, fermes, élastiques, s'étendant dans les iliaques des deux membres et venant manifestement du cœur gauche, dont l'endocarde épaissi présentait encore les traces et les débris.

Rien de semblable au contraire dans le second cas. Malgré un très-léger affaiblissement du premier bruit du cœur, la gangrène s'annonce brusquement par une douleur vive, profonde de la région externe de la jambe droite provoquée par les mouvements. Bientôt il n'y a plus de pulsations dans les vaisseaux; mais on ne constate aucune induration provoquée par la présence de caillots. La crurale est vide et toutes ses branches. L'amputation est pratiquée sans hémostase préventive, ni aucun jet de sang artériel, malgré que les vaisseaux divisés fussent béants et vides de tout caillot. On constate au contraire, dans le membre amputé, tous les caractères d'une endartérite légère, incapable de déterminer l'obturation du vaisseau.

D'où l'auteur conclut, en rapprochant ce fait de guérison de celui de M. Bourguet et d'autres, que toutes les embolies déterminant la gangrène sèche des membres dans la fièvre typhoïde ne viennent pas du cœur consécutivement à une myo ou une endocardite, comme c'est le plus souvent le cas, mais que, par une circonstance accessoire, elles peuvent débuter par ces extrémités, dans les artères périphériques, et de proche en proche s'étendre aux gros vaisseaux, sinon se développer dans une grosse artère, comme dans les gangrènes séniles et celles des adolescents. En l'absence de toute lésion cardiaque et surtout lorsque les malades guérissent, il est bien difficile d'admettre un foyer embolique venant du cœur.

M. Potain a fortifié cette doctrine en relatant trois cas de fièvre typhoïde où il se manifesta, pendant la convalescence, une douleur dans la cuisse et le mollet, se propageant le long des vaisseaux fémoraux, dont les battements avaient sensiblement diminué, sans y percevoir de cordon dur ou saillant. Sans œdème, le volume du membre atteint était supérieur à celui de son congénère de un centimètre et demi de circonférence. La température s'éleva même dans le second.

Ces symptômes ayant disparu après quelques jours, sans le moindre trouble cardiaque, ni laisser la moindre trace, tous les trois malades ayant guéri, il est impossible de les interpréter autrement que par une artérite simple, sans formation de caillot ni de thrombose et par conséquent de gangrène. (*Soc. méd. des hôp.*, janvier et février.)

Orchite. Quatre observations en sont relatées par le docteur Hanot, dont trois recueillies dans le service de M. Bucquoy à Cochin et une dans la clinique de M. Lasègue. La douleur, le gonflement, la rougeur ne sont apparus que du 16e au 35e jour de la fièvre, c'est-à-dire au moment de la convalescence. Un abcès en est résulté dans deux cas et la guérison a été spontanée dans les deux autres. C'est donc là une complication rare et légère, mais dont il faut être prévenu pour n'y pas attacher trop d'importance et y donner les soins voulus. (*Archiv. de méd.* novembre.)

Réfrigération locale. Pour remplacer les bains froids, le docteur Clément a imaginé une ceinture en caoutchouc qu'il applique sur la région lombaire et la paroi abdominale dans les maladies fébriles à température excessive. Deux robinets supérieurs servent à introduire l'eau froide, et deux inférieurs servent à la vider. On peut doser la réfrigération à volonté en renouvelant l'eau tous les quarts d'heure. Régulièrement, la température est ainsi abaissée de deux dixièmes de degré, soit huit par heure. En deux heures et demie, l'abaissement est de deux degrés. Un abaissement plus rapide est obtenu au besoin par un renouvellement plus fréquent de l'eau.

L'emploi de ce moyen est évidemment plus simple et facile que les bains froids et moins pénible pour les malades. L'application topique du froid sur le ventre peut même être utile, surtout dans la fièvre typhoïde ; mais n'en peut-il pas résulter aussi des lésions cutanées ? L'expérience le dira. (*Association française.*)

Seigle ergoté. Chez un garçon de 20 ans entré à Lariboisière le 10e ou 12e jour d'une fièvre typhoïde grave à forme adynamique avec langue sèche et brune, gencives fuligineuses, parole difficile, idées confuses, délire, ventre rétracté et autres signes de collapsus, M. Siredey administra l'ergot, suivant les indications de M. Duboué, contre l'ataxo-adynamie. Après deux grammes pris dans les vingt-quatre heures, une amélioration sensible eut lieu. Les soubresauts musculaires avaient cessé, et, en en continuant l'usage pendant trois jours, tout danger disparut et ce malade guérit. C'est donc une indication précise pour les cas semblables. (*Journal de méd. et chir. pratiques*, février.)

Injections morphinées. Employées par le docteur Blanquinque dans trois cas, suivant la méthode de M. Huchard, contre la syncope, si redoutable dans cette maladie, elles ont été suivies de guérison dans deux, dont une femme de 35 ans et un enfant de 13 ans. La troisième malade succomba au quatorzième jour. Voy. INJECTIONS MORPHINÉES.

La fièvre typhoïde, par Charles Murchison, membre du Collège des médecins et de la Société royale de Londres, professeur à l'hôpital Saint-Thomas et médecin de l'hôpital des fiévreux ; un vol. in-8° de 409 pages avec des planches et de nombreux tableaux ; Paris, librairie *Germer Baillière.*

Cette traduction française d'un ouvrage qui a eu un grand succès en Angleterre, et que son retentissement européen faisait désirer, nous est donnée dans les meilleures conditions. Elle est faite par le docteur Lutaud, ex-médecin de l'hôpital français de Londres, fondé par M. Henry Guéneau de Mussy, le médecin de la famille d'Orléans, qui a présidé à cette traduction. Patronnée et exécutée ainsi par deux médecins français familiers avec la langue et la médecine anglaises, elle présente toutes les garanties d'exactitude et d'interprétation.

Par l'*Aperçu de la théorie du germe contage*, publié l'an dernier par M. H. Guéneau de Mussy et qui forme l'introduction de cet ouvrage, on peut savoir déjà qu'il est la plus haute et nette affirmation de l'origine fécale de la fièvre typhoïde et de sa distinction formelle d'avec le typhus, *typhus fever* des Anglais, que plusieurs médecins célèbres confondent encore par tradition. Le titre de fièvre typhoïde, diminutif de typhus, est ainsi inusité, délaissé par l'école actuelle et remplacé par celui de fièvre entérique, *enteric fever*, pour en marquer les lésions les plus constantes et apparentes, auquel l'auteur a substitué celui de *fièvre pythogénique*, pour mieux en faire comprendre l'étiologie putride.

La longue discussion qui a eu lieu à ce sujet l'année dernière à l'Académie de médecine, et résumée ici, nous dispense d'y insister, aussi bien que la distinction du typhus et de la fièvre typhoïde, depuis longtemps reconnue et consacrée en France. Disons seulement que l'on en trouvera ici des preuves aussi précises et démonstratives que possible.

Ce *Traité de la fièvre typhoïde* a en effet toute la précision de celui de Louis, avec un caractère supérieur de généralisation, d'universalité, d'observation, qu'il a pu acquérir depuis 1841 par les nombreux travaux faits partout, en France en particulier. Une bibliographie universelle complète, depuis le xve siècle et contenant dix-huit pages, en donne la description. Sauf l'étiologie et la nosologie, on n'y trouvera rien de nouveau que la fréquence et la mortalité de cette fièvre en Angleterre, avec la manière spéciale de la traiter. C'est donc un livre de fond très-recommandable.

Fièvres intermittentes. *Solution alcoolique d'iode.* Devant la cherté de la quinine et le danger de l'arsenic, le docteur Nowodnitschauski, qui exerce dans un pays où les fièvres intermittentes abondent, emploie cette solution à la dose de 10 à 12 gouttes dans un demi-verre d'eau sucrée, toutes les huit heures, en en diminuant graduellement la dose dès que la fièvre est coupée. Il en obtient ainsi des succès depuis longtemps, qu'il attribue à l'action élective de l'iode sur le système glandulaire. La malaria étant produite par des parasites dans le foie et la rate notamment, l'iode les tuerait?... (*St-Petersburger med. Woch.* n° 21.)

Quinoïdine. Le prix de plus en plus élevé du sulfate de quinine est un grave obstacle à son emploi dans les campagnes des pays à fièvre surtout, où son usage prolongé est nécessaire pour éviter les rechutes. C'est ainsi que le prix relativement minime de la quinoïdine, isomère de la quinine, a conduit le docteur Burdel, de Vierzon, à l'employer dans sa clientèle de la Sologne, à l'exemple des succès remarquables que M. Bouchardat en avait obtenus. C'est une substance de nature résineuse, incristallisable, qui se trouve dans les eaux-mères ayant servi à la fabrication du sulfate de quinine. Épurée par M. Duriez, pharmacien-chimiste, elle a donné dans les fièvres quartes notamment, avec ou sans cachexie, et dans la cachexie même, des résultats aussi favorables que le quinium. 40 fiévreux ont ainsi été guéris, dont 8 de fièvres quotidiennes, 6 de fièvres tierces, 12 de fièvres quartes, 6 de cachexie et 10 de fièvres périodiques mal déterminées. Sur 8 névralgies, au contraire, 3 sciatiques seules en ont été guéries.

C'est surtout dans les fièvres intermittentes telluriques, à forme bénigne, que la quinoïdine convient. On l'emploie dissoute dans l'alcool ou sulfatée, et l'on doit en continuer l'usage pendant quatre à cinq semaines, à doses continues, mais espacées, pour en prévenir les rechutes, dans les fièvres d'automne surtout. Son prix relativement minime, soit 40 centimes le gramme, la met ainsi à la portée des populations pauvres des campagnes, le plus souvent atteintes de ces endémies paludéennes. (*Acad. de méd.*, mai.)

FILAIRES. *Action pathogénique dans l'hémato-chylurie intertropicale*. (Voy. ce mot.)

FISTULES. **Fistule hépato-bronchique.** Cette nouvelle espèce, introduite par M. Laboulbène (voy. *année* 1875), tend à se confirmer. M. W. Green l'a rencontrée chez une aubergiste de soixante-trois ans, atteinte depuis longtemps de coliques hépatiques avec ictère. Prise d'une violente douleur derrière l'épaule droite, au niveau de la sixième côte, elle toussait et crachait du sang noir, lorsque, deux jours après, celui-ci fut remplacé par de la bile pure. Cette expectoration dura vingt jours, lorsque du pus y fut remarqué. Celui-ci continua pendant un mois, concurremment avec la bile, puis tout rentra graduellement dans l'ordre. (*Lancet*, 6 juillet.)

Ce cas a beaucoup d'analogie avec celui de M. Laboulbène auquel il fait allusion, ainsi qu'à un autre observé par Murchison. Ce serait donc un total de quatre cas de cette nouvelle espèce de fistule.

Fistules vésico-intestinales. Elles peuvent résulter d'une invagination chronique de l'intestin sans qu'aucun phénomène d'étranglement se présente. Des adhérences avec la vessie peuvent ainsi s'établir à la longue par le fait de l'inflammation du point invaginé, et une perforation consécutive de l'intestin peut amener l'écoulement partiel des matières fécales par la vessie, tandis que le surplus s'écoule par une dérivation vers le gros intestin. Un homme de 67 ans, qui avait rendu des calculs biliaires six ou sept ans auparavant, s'est ainsi présenté à la Maison municipale de santé le 6 août 1877, parce que, depuis le 16 juillet, il pissait des

matières fécales, sans qu'aucun phlegmon ni rétrécissement antérieur pût en rendre compte. L'exploration la plus minutieuse, ni le cathétérisme, ni le toucher ne découvrent en effet aucune affection organique, et le malade vécut ainsi jusqu'au 25 octobre, en pissant des matières fécales et des gaz, sans aucun signe d'étranglement ni d'occlusion.

Ce n'est qu'à l'autopsie que, sans trace de péritonite généralisée, on rencontra un amas de graisse de 7 centimètres de long environ, confondu avec le sommet de la vessie et se continuant en haut avec la terminaison du côlon descendant, un peu dilaté, et en bas avec le commencement du rectum. Cette tumeur était constituée par l'S iliaque formant un cylindre solide et presque complètement obturé. Des adhérences formées avec la vessie avaient établi une communication avec ce réservoir, une véritable fistule, tandis qu'un canal de dérivation s'était établi avec le rectum. Il n'y avait pas de constipation habituelle, bien que la fistule fût rapportée à un rétrécissement. Des planches font très-bien voir l'état des parties. (*Revue mens. de méd. et chir.*, n° 4, avril.)

Fistules vésico-vaginales. *Complications rénales.* Il est important, avant de les opérer et pour ne pas s'exposer à des insuccès, de s'assurer de l'état des reins, souvent malades par suite d'obstructions urétérales. M. Verneuil a vu succomber ainsi plusieurs de ses opérées de complications existant avant l'opération. Une hydronéphrose résultant d'une obstruction de l'uretère a été la cause de la mort dans plusieurs cas. Une femme qu'il avait refusé d'opérer, à cause d'une albuminurie coïncidente, présenta à l'autopsie une néphrite avec oblitération partielle de l'uretère causée par l'épaississement et l'induration des parois vésicales au niveau de l'orifice de la fistule. (*Soc. de chir.*)

Fistules urinaires. *Compression digitale.* Exécutée au début, pendant la durée de chaque miction, et lors de l'émission du sperme, en mesurant l'effort compressif à la sensation éprouvée pour empêcher toute infiltration, elle est, suivant M. Maréchal, une indication capitale du traitement et de la guérison de ces fistules, qu'il s'agisse d'une simple fissure ou d'une plaie. Le point d'appui fourni ainsi aux

agents expulseurs de l'urine, en empêchant leur inertie et le défaut de contact de l'urine sur la plaie, prévient la douleur et concourt efficacement à son oblitération. Malheureusement, l'auteur ne relate que deux faits à l'appui, et encore ne sont-ils pas très-concluants. Le conseil paraît pourtant rationnel et mérite d'être suivi. (*Soc. de chir.*, 1877.)

FRACTURES. **Fracture du fémur.** *Épanchement du genou.* Cet épanchement articulaire est donné comme un signe certain et constant de la fracture de la diaphyse du fémur par le docteur P. Berger. Il l'attribue, avec M. Gosselin, à la transsudation de la partie séreuse du sang épanché dans les tissus à travers la synoviale. Deux observations et quelques expériences sur les animaux sont fournies à l'appui. Un troisième exemple observé par M. Lannelongue en fournit la preuve. C'est une fracture du tiers supérieur de la cuisse gauche chez une petite fille de quatre ans, qui, tombée d'une table élevée sur le parquet, présentait, dès le lendemain, un épanchement assez notable du genou, sans contusion locale. Une diphthérie l'ayant emportée huit jours après, l'autopsie montra un liquide foncé abondant et peu épais, renfermant beaucoup de globules rouges normaux et déformés, sans aucune trace de déchirure. Toutefois, une partie de la surface externe de la synoviale était environnée d'une couche sanguine prise en caillot noir lamellé. D'où venait ce sang? Les délabrements considérables trouvés autour de la fracture et à une certaine distance, avec infiltration sanguine des fibres sous-cutanées sous l'aponévrose jusqu'au-devant de la rotule, et des foyers multiples sanguins dans les muscles de la cuisse, permettent bien de supposer que la violence du traumatisme, en provoquant un ébranlement articulaire, une entorse du genou, a déterminé cet épanchement sanguin, de même que l'infiltration sanguine de la capsule coxo-fémorale qui fut rencontrée simultanément.

Il suit de là, pour M. Verneuil, que la contusion indirecte est bien plus la cause de cet épanchement du genou que la transsudation des liquides. Il se rencontre ainsi dans les fractures de la jambe et dans celles du col du fémur, dont il est un signe précieux dans les cas douteux. Comment le liquide pourrait-il transsuder alors jusque dans l'articula-

tion fémoro-tibiale ? Voici d'ailleurs une preuve infirmative de cette transsudation.

Un blessé fut reçu dans son service pour une rupture de l'artère fémorale. Un énorme épanchement sanguin, une sorte d'anévrysme faux primitif diffus, en résulta. Pendant cinq semaines, le sang épanché est resté en contact avec la face externe des gaînes synoviales, et cependant, ainsi qu'il a été facile de s'en assurer après l'amputation du membre, il n'y avait pas ombre d'hydarthrose ni de pénétration du sang dans les cavités synoviales. On peut donc en conclure que l'infiltration sanguine consécutive aux fractures de la cuisse est incapable de traverser les synoviales de dehors en dedans et d'y donner naissance à l'hydarthrose.

Plusieurs causes en sont donc admissibles. Si la transsudation peut en rendre compte dans les épanchements tardifs, cette hydarthrose doit être rapportée directement au traumatisme lorsqu'ils apparaissent immédiatement, surtout dans les cas de lésions multiples de la cuisse, comme dans le précédent. Les fractures par choc ou chute les produisent bien plus sûrement que celles par écrasement, et l'explication de M. Verneuil est ainsi applicable à un plus grand nombre de faits que celle de M. Berger. La vérification de ce fait pourrait donc donner une nouvelle valeur à l'étiologie de ce signe des fractures du fémur et de son col en particulier. (*Soc. de Chir.*, janvier et mai.)

Fracture en T. *Division du tendon d'Achille.* La tendance du fragment inférieur à se porter en arrière dans les fractures du tiers inférieur ayant montré au docteur Morris, par deux exemples antérieurs, qu'il y a difficulté de maintenir les fragments en rapport exact, ce qui retarde la consolidation et provoque un cal difforme, sinon l'ankylose du genou, il a eu recours à un moyen nouveau pour prévenir ces inconvénients. Un homme de 40 ans, délicat, s'étant déjà luxé le genou et fracturé la jambe gauche devenue ainsi beaucoup plus faible et courte que la droite, se fractura la cuisse du même côté, deux ans après. Oblique, cette fracture s'étendait en haut et en arrière à deux ou trois pouces de l'articulation du genou. Une fracture longitudinale existait aussi entre les condyles, dont le frottement provoquait un craquement caractéristique. Raccourcissement considé-

rable du membre, mais peu de gonflement de l'articulation. Les muscles de la cuisse sont mous, flasques; mais, le membre étant mis dans l'extension, les deux fragments inférieurs sont projetés en arrière et ne peuvent rester en position, à cause de la traction du gastrocnémien.

Afin de paralyser celui-ci, le tendon d'Achille fut divisé et le déplacement évité, le membre placé dans une gouttière avec l'extension et la contre-extension. Deux mois après, le blessé se levait, et, un mois plus tard, il marchait en fléchissant le genou presque à angle droit, avec un raccourcissement d'un demi-pouce seulement. C'est donc là un brillant résultat.

La ténotomie ne paraît avoir été faite qu'une seule fois par Bryant dans un cas semblable. Ses avantages évidents doivent donc y faire recourir. (*Boston med. and surg. journ.* 29 novembre 1877.)

Fracture transversale de la rotule. *Suture des tendons.* Au lieu de fixer les fragments avec les griffes de Malgaigne, les fourchettes de Valette, les pointes ou la ligature, le docteur Dumolard a recours à un autre artifice traumatique. Traçant à l'encre une ligne transversale sur le milieu de la rotule, il passe séparément et parallèlement une aiguille, armée d'un fil métallique, à deux ou trois centimètres au-dessus et au-dessous de cette raie, en traversant la peau et quelques fibres du tendon sus et sous-rotulien. Les fragments de la rotule étant rapprochés par les quatre extrémités des fils libres, il tord ensemble les deux bouts sortant à la partie interne du genou, ainsi que les deux autres au côté externe. Le membre est immobilisé ensuite avec un bandage. Le blessé peut ainsi, tout en gardant le lit, s'y mouvoir sans crainte de déranger les fragments. (*Lyon méd.*, n° 46.)

Sans doute ce procédé est beaucoup plus simple que d'autres, mais ce traumatisme ne suffit-il pas à provoquer des accidents, phlegmon ou érysipèle? Aucune observation ne répond négativement.

G

GANGLIONS LYMPHATIQUES. *Diagnostic différentiel de leur hypertrophie.* Autant il est facile d'apprécier le gon-

flement d'un ganglion au début, autant il est difficile souvent d'en diagnostiquer la cause et la nature. Très-souvent on en fait à tort un signe de la scrofule. M. Haward indique les caractères suivants, pour les distinguer et les traiter en conséquence.

Hypertrophie simple. Une irritation locale suffit à provoquer celle des ganglions superficiels. Ceux du cou en particulier ont souvent pour cause un eczéma, l'impétigo capitis, la stomatite, les ulcérations de la gorge, les maladies de l'oreille. Leur volume peut ainsi devenir considérable suivant la durée de l'inflammation.

Les arthrites et les affections chroniques des articulations déterminent aussi l'engorgement indolent des ganglions correspondants. Ceux de l'aine s'hypertrophient ainsi dans les affections de la hanche et ceux du cou en arrière dans les maladies de la colonne cervicale. La raideur du cou peut être causée alors par l'affection du rachis plutôt que par la douleur des ganglions. Ils augmentent peu, se ramollissent et conservent pendant des mois le volume d'une noisette.

Traiter ces causes, c'est diminuer leur action sur les ganglions et neutraliser leurs effets. Le repos est surtout nécessaire dans l'arthrite. Couvrir les ganglions gonflés de ouate ou de laine, pour entretenir une température douce et les garantir du froid, est le seul topique à employer. Tous les autres sont inutiles. L'application de l'iode est souvent nuisible. Ils reviennent spontanément à leur volume normal avec la disparition de la cause qui en a déterminé le gonflement. Si un ganglion se ramollit, on le ponctionne au centre avec un bistouri étroit et l'on panse avec la ouate.

Hypertrophie scrofuleuse. Les mêmes causes, chez les scrofuleux, produisent des effets plus intenses et persistants, hors de proportion avec l'irritation ou l'inflammation. Les ganglions superficiels, de l'aine et du cou, sont aussi atteints de préférence ; mais leur gonflement est plus lent et se manifeste sur plusieurs points à la fois. Ils se ramollissent, et le tissu cellulaire environnant se bouffit et en fait des tumeurs mal limitées qui deviennent plus fermes et mieux définies à mesure que l'hypertrophie augmente. La caséifi-

cation survient bientôt, et, bien qu'elle puisse envahir tous les ganglions enflammés, même chez les sujets non entachés de scrofule, elle se manifeste surtout chez les scrofuleux et aboutit soit à l'état crétacé, soit à un ramollissement purulent, à un abcès. Les ganglions profonds en sont plus souvent atteints que les superficiels. La suppuration survient lentement et sans douleur. Le pus est mal lié, mêlé de débris caséeux. La peau s'ulcère, et il en résulte des cicatrices indélébiles. Aussi est-il préférable de les ouvrir par une ponction au centre si la tumeur n'a pas de tendance à diminuer, à se résorber, à se calcifier. L'inflammation des tissus avoisinants est la meilleure indication de l'ouverture. On exerce une légère compression avec un tampon de charpie autour de l'ouverture que l'on rouvre au besoin pour évacuer les produits caséeux, prévenir la récidive et les cicatrices hideuses de la peau.

Un traitement constitutionnel par l'influence de la mer, et de l'huile de foie de morue, l'iodure de potassium à faible dose, avec des préparations ferrugineuses, est indiqué, à l'exclusion du sirop d'iodure de fer. Une couche de ouate, légèrement compressive sur les ganglions tuméfiés et douloureux, en les protégeant contre le froid, la pression et autres causes d'irritation, en favorise la résolution.

Lymphadénomie. C'est la maladie d'Hodgkin. L'hypertrophie est généralement restreinte à une agglomération de ganglions, sinon d'un seul, sans aucune douleur ni inflammation apparente. Les ganglions sont fermes, nettement limités, isolables. En grossissant, ils ressemblent aux ganglions amygdaloïdes syphilitiques. Ils se ramollissent en augmentant, se fondent et se fusent en une vaste masse lobulée, sans que la peau qui les recouvre soit modifiée. La tumeur s'avance à travers les tissus voisins et peut ainsi s'étendre très-loin de son point d'origine, avant que l'infection soit généralisée.

Tout en ressemblant à l'hypertrophie scrofuleuse, celle-ci s'en distingue en ce qu'elle atteint tous les éléments, au lieu des éléments cellulaires seuls, avec une vascularité bien plus considérable, et surtout par sa résistance à la dégénérescence et à la caséification. Sur 11 sujets atteints de lymphadénomie, l'autopsie ne montra qu'un seul cas de caséification

où d'abondantes injections d'iode avaient été faites. C'est donc un accident déterminé par les injections ou une hémorrhagie arrêtant la nutrition des tissus. La vascularité de la tumeur et le développement des éléments trabéculo-cellulaires déterminent une augmentation de volume plus rapide que la dégénérescence.

Le diagnostic avec la scrofule, en l'absence des signes de celle-ci, s'établit ainsi par la mobilité plus grande des ganglions hypertrophiés, leur isolement plus facile, leur fermeté et leur élasticité plus grandes. Il n'y a pas de cause d'irritation, pas de douleur. L'accroissement est très-rapide avec amaigrissement et anémie, sans augmentation des leucocytes. L'affection se généralise ordinairement. L'enlèvement des ganglions atteints dès le début peut retarder, suspendre cette généralisation. Expérimenté sur une fille de 4 ans sur tout le côté gauche du cou, il ne fit que retarder la récidive pendant six semaines, et l'opérée mourut bientôt de la dissémination.

Aucun traitement palliatif ni curatif n'a pu encore prévenir ni empêcher cette dissémination. Les injections iodées n'ont fait qu'enflammer les tumeurs. L'extirpation au début ne prévient pas l'infection générale. Des tumeurs semblables se développent même dans les viscères.

Hypertrophie syphilitique. L'indolence extrême la caractérise, et les ganglions cervicaux postérieurs et inguinaux en sont le plus communément frappés. Leur volume varie depuis celui d'une bille jusqu'à celui d'une orange. Ils sont élastiques, fermes, mobiles, limités, isolables, et peuvent rester longtemps sans s'altérer. Ils ne s'accroissent pas, comme dans la lymphadénomie, et n'ont aucune tendance à la caséification, comme dans la scrofule. L'hypertrophie du tissu trabéculaire prédomine, et leur section offre un aspect cartilagineux à l'œil nu.

Hypertrophie lardacée. C'est ordinairement une altération secondaire succédant à d'autres manifestations. Ils augmentent lentement, sans prendre jamais un grand développement, sont fermes et demi transparents. Sous l'action de l'iode, ils prennent une couleur acajou caractéristique.

Le *cancer des ganglions* est aussi le plus souvent secondaire. L'inflammation ou l'ulcération d'une tumeur bénigne peut ainsi causer l'hypertrophie des ganglions correspondants. Le cancer primitif est si rare que l'on peut croire que les exemples ont été confondus avec la lymphadénomie qui partage son incurabilité. (*Archiv. de méd.*, janvier.)

Cette dernière opinion est justifiée par l'extrême rareté des faits de cancer primitif des ganglions, autant que par leur ressemblance avec les lymphadénies et les lymphadénomes, les lymphosarcomes et le peu que l'on sait jusqu'ici à ce sujet (voy. *année* 1877). Sauf le cas de cancer rétro-péritonéal de Lobstein et un carcinome primitif des ganglions lombaires et inguinaux, observé en 1863 par M. Cornil dans le service du professeur Charcot, les exemples en sont presque introuvables. Le fait récent recueilli à la clinique de l'Hôtel-Dieu de Lyon, par MM. Colrat et Lépine, offre donc un véritable intérêt.

C'était un homme de 59 ans, ancien chasseur à cheval, depuis tailleur, sans aucune maladie héréditaire, ni scrofule, ni syphilis, ni cancer. Une tumeur dure s'est développée, sans cause connue, à la partie antérieure de l'aisselle gauche avec douleurs vives, et a acquis en trois mois un tel volume qu'elle forme une véritable difformité. C'est une masse dure, bosselée, formée par l'agglomération de ganglions indurés. Tout ce côté du thorax est œdématié, ainsi que le membre supérieur. Aucun viscère n'est malade à l'examen. Le sang est presque normal, sans augmentation des globules blancs. Excès d'acide urique dans l'urine; pas d'albumine. 15 jours après son entrée, le malade succombe, suffoqué.

La tumeur, grosse comme un œuf, est formée de ganglions très-durs et soudés ensemble. Un seul s'en détache en bas et en avant, qui a été le siège d'injections interstitielles de liqueur de Fowler. Gros comme un œuf de pigeon, il est plus dur que les autres et parsemé de points caséeux.

Examinées à Lyon par MM. Pierret et Renaut et au Collège de France par M. Ranvier, ces tumeurs étaient constituées d'alvéoles remplies de cellules volumineuses, géantes, ayant de 20 à 25 m. en moyenne, avec un ou deux noyaux nucléolés, très-avides de carcinomin, avec une zone de cellules embryonnaires à la périphérie que le pinceau balaye

très-bien. C'était donc la structure évidente du carcinome, comme tous les histologistes l'ont unanimement reconnu. Or l'histoire clinique montrant qu'un ganglion de l'aisselle gauche a été primitivement envahi, il s'agit donc bien d'un carcinome primitif. (*Revue mens. de méd. et chir.* n° 5, mai.)

Altérations anatomiques. Des recherches histologiques récentes, faites par M. Cornil, il résulte que l'adénite scrofuleuse consiste essentiellement dans une inflammation chronique du tissu conjonctif et des cellules lymphatiques, dans l'épaississement fibreux et la formation de bandes de tissu conjonctif qui parcourent le ganglion, en dissociant et en isolant des îlots du tissu réticulé dont le réticulum et les cellules sont eux-mêmes altérés. Consécutivement à ce processus très-lent, la circulation se ralentit et se supprime dans les îlots, qui deviennent caséeux. L'état caséeux et l'induration scléreuse sont les derniers termes de cette évolution pathologique.

Bien que la terminaison de l'adénite scrofuleuse soit caséeuse comme celle du tubercule, M. Cornil établit une différence de processus entre ces deux lésions, que l'on identifie généralement. Tandis que les ganglions sont très-volumineux dans la scrofule, ils restent petits dans la tuberculose et ne présentent que très-rarement un grand développement. Ici, les voies lymphatiques et les sinus périfolliculaires sont au début le siège d'une inflammation très-évidente et constante, caractérisée par l'accumulation de nombreuses cellules d'un volume assez considérable à l'intérieur; c'est une sorte d'inflammation catarrhale. Rien de semblable dans la scrofule : c'est une formation nouvelle de tissu conjonctif, une adénite interstitielle.

A la période d'état, le tubercule du ganglion se présente en petits îlots formés de petites cellules rondes, entassées, caséeuses au centre, sans noyau, demi-transparentes et granuleuses, cohérentes avec oblitération des vaisseaux, tandis que les îlots strumeux sont formés de tissu réticulé, à mailles agrandies, séparé par le tissu conjonctif nouveau avec de grandes cellules lymphatiques, à noyau ovoïde et à protoplasma granuleux. Le pinceau les enlève facilement ici, tandis que c'est impossible dans le tubercule.

La caséification, pour être la fin ultime et commune dans

les deux cas par l'atrophie des cellules, s'opère différemment. Elle se fait lentement et en masse dans l'ilot strumeux, tandis qu'elle est primitive et rapide au centre du tubercule. Les oblitérations vasculaires en résultant présentent les mêmes différences.

L'identité complète des lésions tuberculeuses et scrofuleuses des ganglions, admise par M. Thaon d'après la présence des cellules géantes, n'est donc pas réelle ; il y a sans doute une grande similitude dans la dégénérescence finale ; mais le début de la lésion et sa période d'état présentent des différences qui suffisent à les distinguer.

Quant à la dégénérescence amyloïde plus ou moins avancée, elle résulte d'une inflammation chronique analogue à celle des ganglions syphilitiques et tuberculeux, portant sur leur tissu conjonctif les cellules endothéliales du tissu caverneux, les sinus péri-folliculaires et pouvant même atteindre le tissu réticulé.

Le carcinome se présente avec les mêmes caractères que dans le tissu conjonctif, c'est-à-dire sous la forme d'alvéoles communiquant ensemble et remplies de grandes cellules épithéloïdes, comme on l'a vu dans le cas précédent. (*Journ. de l'anatomie*, n° 3, mai.)

Ganglions rétro-pharyngiens. Sur 211 enfants atteints de catarrhe nasal chronique ou d'autres affections aiguës de cette région et se traduisant par la difficulté d'avaler, le docteur Kormann, par l'examen digital de la gorge, en a trouvé 193 atteints d'engorgement des ganglions rétro-pharyngiens. Il l'a constaté de même dans la pharyngite syphilitique et le mercurialisme des adultes. L'inflammation de ces ganglions est donc beaucoup plus fréquente qu'on ne le supposait, car elle se rencontre presque dans tous les cas d'ozène, de pharyngite simple ou diphthéritique, d'otite. Heureusement elle se termine par résolution, car, de tous ces cas, un seul s'est terminé par abcès mortel, à la suite d'une scarlatine suivie de diphthérite des amygdales. (Voy. Abcès.)

Des néoplasmes des ganglions lymphatiques ; thèse d'agrégation à la Faculté de médecine de Paris, par le docteur Humbert, chirurgien des hôpitaux.

Le tubercule, le lymphadénome et le sarcôme ou cancer en forment les trois principales espèces. Les gommes produites par la syphilis, les fibrômes et les chondromes sont plus rares. C'est à distinguer ces différents néoplasmes et à en éclairer le diagnostic, d'après les caractères histologiques et cliniques, que l'auteur a fait une monographie pleine d'intérêt.

GENU VALGUM. La pathogénie exclusivement osseuse de cette grave difformité s'affirme de plus en plus sur le vivant, depuis que les expériences de MM. Ollier et Tripier de Lyon ont montré qu'on pouvait la provoquer à volonté en irritant au dedans ou au dehors le cartilage épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur. M. Guéniot a constaté ainsi, à l'autopsie d'une fille de 10 ans atteinte de *genu valgum*, une hypertrophie du condyle interne du fémur.

Origine tibiale. L'hypertrophie du condyle interne du tibia, par l'exagération fonctionnelle du cartilage épiphysaire, produit également cette difformité, selon M. Verneuil. Il en cite deux cas observés par lui. L'application de sangsues et de vésicatoires *loco dolenti*, dans le premier, fit cesser les douleurs, et, dans le second, l'espace linéaire correspondant au cartilage épiphysaire du tibia était seul douloureux à la pression. M. Houel a constaté plusieurs cas semblables, et M. Tillaux voit une preuve de la réalité de cette pathogénie osseuse par les résultats mêmes du redressement forcé qu'il a obtenus. Cette méthode aggraverait la maladie au lieu de la guérir, si la théorie d'une maladie des ligaments ou des muscles en était la cause. (*Soc. de chir.*, octobre 1877.)

La même étiologie est soutenue par L. de Santi dans sa thèse inaugurale. L'absence de mouvements latéraux de l'articulation est une preuve que le relâchement du ligament latéral interne et des ligaments croisés n'en est pas la cause. Il a pu constater au contraire l'augmentation de hauteur du condyle interne dans une autopsie. Elle résulte d'une exagération de la fonction ostéogénique de la moitié interne du cartilage épiphysaire inférieur du fémur, provoquée par les fatigues, les marches, les causes professionnelles, l'arthritisme et aussi parfois les phlegmasies de voi-

sinage. Une irritation légère détermine ainsi la suractivité fonctionnelle du cartilage épiphysaire, et, si l'irritation est plus violente, elle arrête le développement des extrémités osseuses et peut déterminer le genou valgus si elle siège sur le condyle externe du fémur. (*Thèse de Paris*, 1876.)

N'est-ce pas dans cet état d'irritation prolongée des extrémités osseuses que les ligaments articulaires peuvent se relâcher, se distendre, comme on l'admettait autrefois, et contribuer à la déviation du genou? Fisler l'admet encore ainsi, au moins chez les jeunes enfants, et, au lieu de couper ou de rompre brusquement les attaches fibreuses antagonistes, il rend la tonicité au ligament interne par le massage, les douches et un appareil approprié. Deux fois par jour, il imprime de petits mouvements doux et saccadés pour redresser l'angle fémoro-tibial. Il obtient ainsi le relâchement du ligament latéral externe. Des frictions énergiques sont faites simultanément sur la partie interne. Une attelle ou des tuteurs métalliques au besoin font le reste avec le temps. (*Lancet*, 1877.)

Dans la discussion qui eut lieu à cet égard l'année dernière au Congrès de la Société allemande de chirurgie, un chirurgien a déclaré avoir guéri ainsi radicalement quatre enfants atteints d'un double genou valgus par la ténotomie sous-cutanée du ligament latéral externe de dedans en dehors, en même temps qu'on redresse le membre avec les mains. Un appareil plâtré était appliqué ensuite et laissé en place pendant cinq à six semaines. Une attelle y succédait pour prévenir la récidive.

Kœnig préconise un procédé encore plus simple qu'il a vu employer par Billroth et Wolkmann : c'est la correction violente de l'attitude vicieuse, durant le sommeil chloroformique, avec application immédiate d'un appareil plâtré. Il s'agit seulement de ne pas chercher à obtenir tout le succès d'un coup et de se contenter d'une correction graduelle et répétée.

Mais ces moyens ne doivent être tentés que chez les jeunes enfants et avant l'ossification complète. Dès l'âge de 14 ans, c'est au redressement, à l'ostéoclasie manuelle, telle qu'elle est pratiquée par Delore ou Tillaux, qu'il faut recourir. Chez les adultes, l'ostéotomie est indispensable, comme la plupart des chirurgiens s'accordent aujourd'hui

à le reconnaître. Il s'agit de la résection de la partie exubérante de l'os avec le ciseau. Schede, sur un jeune homme de 18 ans, ayant un genu valgum très-marqué et qui rendait impossible toute station debout un peu prolongée, pratiqua ainsi, en février 1876, l'ostéotomie tibiale avec section linéaire simultanée du péroné au moyen de la gouge. Depuis, l'opéré mène un char et monte avec des charges de bière aux étages les plus élevés. Le genou étendu ne présente pas de mobilité latérale, et la musculature du membre est parfaitement normale.

Von Heine de même a pratiqué simultanément la résection cunéiforme du tibia et la section du péroné chez un garçon de 16 ans, après avoir éprouvé une énorme difficulté à faire disparaître la déviation par la simple ostéotomie tibiale. Une ostéo-myélite s'en est suivie, en voulant corriger immédiatement l'attitude vicieuse du membre ; l'opéré guérit néanmoins.

La méthode de Ogston, consistant à scier, par une incision sous-cutanée, le condyle interne du fémur, en s'entourant de toutes les précautions de la méthode antiseptique, semble généralement préférable. Trois nouveaux succès en sont rapportés par lui; mais ni l'une ni l'autre de ces ostéotomies ne semble devoir être adoptée par les chirurgiens français. (*Berl. Klin. Wochens.*, octobre 1877.)

Un succès très-remarquable de cette grave résection a cependant été obtenu par M. Furneaux-Jordan à l'hôpital de la Reine, à Birmingham, chez un garçon de 20 ans, atteint d'un double genou en dedans qui ne lui permettait de marcher péniblement qu'avec des béquilles. Le 31 mars 1877, un ténotome fut introduit à trois pouces au-dessus du centre du condyle interne du fémur gauche et traversa l'articulation; la scie d'Adams y fut passée ensuite et réséqua le condyle interne du fémur, qui fut glissé en haut pour s'unir avec le corps. Une force modérée suffit à placer le tibia dans la position voulue, et une longue attelle maintint le membre. Aucun épanchement de sang ni de synovie ne s'ensuivit, et, six semaines après, le genou droit fut opéré de la même manière. De légers mouvements passifs furent imprimés d'abord aux articulations pendant l'anesthésie, et l'opéré commença bientôt à marcher. Il était si haut que ses béquilles placées sous ses aisselles ne touchaient plus le sol.

Cette résection sous-cutanée, exécutée sous le nuage phéniqué, est beaucoup moins grave que celle de M. Annandale, faite à ciel ouvert en ouvrant l'article. L'ankylose en est d'ailleurs la conséquence. (*Lancet*, nº 18, mai.)

GOITRE. Dans les cas rebelles à l'iode *intus et extra*, Billroth a recours de plus en plus au traitement chirurgical. Mais il essaye préalablement les injections interstitielles d'iode dans l'épaisseur du corps thyroïde quand il n'y a pas destruction, hémorrhagie ou transformation crétacée de cet organe. Elles réussissent d'autant mieux que l'hypertrophie de la glande est moins ancienne et plus superficielle, notamment chez les enfants.

Ces injections doivent être réglées d'après la susceptibilité individuelle des malades, faites tout d'abord à une demi-seringue seulement et répétées quatre à cinq jours après. La teinture pure est mieux supportée que la teinture diluée et surtout les eaux minérales. Tandis que les doses les plus fortes sont tolérées par quelques individus sans réaction sensible, les plus faibles chez d'autres déterminent une vive réaction avec gonflement énorme de la face, du nez et des oreilles. Des hémoptysies se produisent même. En tout cas, il faut en cesser l'emploi, dès que l'amaigrissement se manifeste et ne le reprendre que plus tard et à très-petites doses. L'injection doit être poussée aussitôt la canule enfoncée. S'il survient de la douleur dans les dents, les mâchoires ou la face, on la calme rapidement par des applications froides.

Sur 35 ponctions de kystes thyroïdiens toujours suivies d'injection iodée avec 18 grammes de teinture à 5 parties d'éther et d'alcool pour 40 d'iode, il a obtenu 29 guérisons, en comprimant ensuite le kyste avec des bandelettes de calicot imbriquées et collodionnées.

L'incision des parois, quand leur épaisseur empêche la guérison, pratiquée dans les autres cas, n'a été suivie que d'un seul décès. Les injections d'alcool ni la teinture de Fowler n'ont pas donné de meilleurs résultats que la cautérisation ni le séton.

37 extirpations de tumeurs goîtreuses solides ont donné 24 guérisons. Billroth a donc confiance dans cette méthode. (*Wiener med. Press.* nºs 47 et 48, 1877.)

Injections interstitielles d'ergotine. Dans l'hypertrophie simple de la thyroïde chez des femmes éprouvant des troubles du côté de l'utérus, le docteur Pepper a pratiqué, dans l'intérieur de la glande, des injections de 50 à 75 centigrammes de la solution suivante :

℞ Ergotine..	6	grammes.
Eau distillée..	30	—

Mêlez.

2 à 3 injections par semaine durant quatre à six mois consécutifs, après lesquels la glande est complètement durcie. (*Boston med. and surg. journ.*, octobre 1877.)

Extirpation. Il semble que cette opération toute française tend à se relever de la condamnation prononcée par Velpeau. Outre les succès relatés par M. Michel (voy. *année* 1873) et l'opinion favorable de Billroth, voici le professeur Rose, de Zurich, qui la préconise aussi, malgré les malheurs qu'il a éprouvés au début, en se fondant sur de nouvelles raisons. La suffocation, la mort n'arrivent, d'après lui, ni par la compression de la tumeur, ni la paralysie des récurrents, ni aucune des autres causes invoquées, au moins dans la majorité des cas. Il s'est assuré, sur la table d'opérations, que la mort subite arrivait par le ramollissement aigu ou chronique de la trachée ,qui se transforme plus ou moins vite et complètement en un tissu flasque, dépressible, qui la rend comparable à un tube de caoutchouc. On constate facilement ce ramollissement en enlevant la région avec son squelette et en faisant la dissection d'arrière en avant. La trachée subit ainsi des inflexions sous l'influence de la pesanteur. On peut la placer en Z et voir que le canal est absolument bouché au niveau des coudures. De là le danger et les divers accidents du goître et la mort subite. Elle arrive ainsi dans la narcose chloroformique, le sommeil, la syncope, parce que l'attitude droite de la tête n'empêche plus l'inflexion, la courbure. En portant sur les premiers anneaux au début, ce ramollissement gêne, comme un rétrécissement, la circulation de l'air et produit la dyspnée, surtout par la gêne de l'aspiration, d'où la dilatation des veines du cou , la dilatation progressive de l'oreillette droite, puis du ventricule.

De là l'indication de la thyrotomie avec la trachéotomie comme auxiliaire indispensable réclamé par le ramollissement de la trachée. La position dans laquelle l'opéré respire le mieux est aussi importante à observer pendant la chloroformisation et la dissection préalable. Il pratique la trachéotomie sous-thyroïdienne en incisant sur le point le plus mou et le plus anguleux et place ensuite une canule à long tube. Après, il procède à l'ablation exsangue du goître et de la glande, avec des soins consécutifs les plus minutieux.

Dix observations sont rapportées. Les cinq premières furent fatales, même sous le couteau, parce que l'auteur n'avait pas saisi le mécanisme de la mort. Cette révélation, en lui faisant pratiquer la trachéotomie préalable, aurait sauvé les cinq derniers opérés, si l'un n'était mort de tuberculose miliaire avec médiastinite. Les quatre autres ont guéri dans l'espace de six semaines à quatre mois. Ce serait donc une proportion très-favorable de succès, en ne comptant que ces cinq derniers, mais c'est le contraire si l'on compte les 10 dont 6 morts. La proportion de M. Michel est bien plus encourageante, puisque les cinq opérations ont été suivies de guérison, même sans la trachéotomie.

Tout en reconnaissant le fondement des raisons invoquées par l'auteur et la rationnalité de son procédé, les faits ne sont pas assez démonstratifs ni assez nombreux pour imposer la conviction. Il faut donc seulement en tenir compte et examiner. (*Der kropftod und die radical kur der kropfe*. De la mort dans le goître et la cure radicale des goîtres, Berlin, et *Revue mensuelle*, mai, nº 5.)

Goître suffocant. *Laryngotomie inter-crico-thyroïdienne.* Cette opération délicate a été exécutée avec le thermocautère par M. Krishaber dans un cas de compression d'avant en arrière de la trachée près de sa bifurcation. La suffocation était imminente. Au lieu d'inciser, il ponctionna successivement et couche par couche avec une extrême lenteur. Arrivé sur la membrane crico-thyroïdienne, il la divisa de manière à placer une sonde œsophagienne qui pût franchir le rétrécissement ; un flot de pus sanguinolent jaillit, et la respiration se rétablit graduellement, sous l'influence de la dilatation du rétrécissement et de la diminution du

goître. Une canule à bec a pu pénétrer aisément ensuite sans dilatateur ni sans que les cartilages qui limitent cet espace fussent échancrés ni ébréchés. (*Acad. de méd.*, octobre, et *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, n° 3.)

C'est donc là un exemple encourageant à employer plus souvent cette opération plus simple et facile que la trachéotomie et aussi sûre qu'elle. (Voy. TRACHÉOTOMIE.)

GRAVELLE. *Aspiration.* Il ne suffit pas toujours du cathétérisme, répété même fréquemment par les malades, pour débarrasser complétement la vessie des graviers qu'elle contient. Le volume et la pesanteur des graviers d'acide urique, ou l'atonie de la vessie, ses dépressions surtout vers le bas-fond, sont autant d'obstacles à leur évacuation. L'observation suivante du docteur Dubuc montre que l'aspiration est alors nécessaire pour en triompher.

Un vieillard de quatre-vingts ans, qui avait rendu du sable rouge dès l'âge de trente-huit à quarante ans et qui avait été débarrassé à deux reprises de calculs d'acide urique par la lithotritie, s'apercevant que le cathétérisme amenait encore quelques petits graviers arrondis, eut l'idée, dans la crainte d'une récidive de la pierre, d'y joindre l'aspiration. Après avoir vidé sa vessie, il adaptait tout bonnement, au pavillon de sa sonde à béquille en gomme numéro 18, une petite seringue en verre à injections uréthrales, et aspirait. La sonde n'avait qu'un seul œil, large à la partie antérieure de la portion coudée. Il obtint ainsi un grand nombre de graviers irrégulièrement arrondis, de toute grosseur, jusqu'à un maximum de quatre millimètres de diamètre.

Une précaution est cependant nécessaire : c'est d'aspirer avec douceur et par intervalles éloignés seulement. Une seringue de fort calibre, en formant ventouse sur la muqueuse vésicale, peut non-seulement la pincer, la congestionner, mais la faire saigner, comme cet accident est arrivé à ce malade. Le chirurgien doit donc se réserver, autant que possible, la pratique de cette aspiration. (*Soc. de méd.*, août, et *Union méd.*, n° 126, 1877.)

On obtient le même résultat, suivant M. Reliquet, toutes les fois qu'une sonde est introduite dans la vessie. Il suffit d'appliquer la pulpe de l'indicateur sur l'extrémité supérieure de la sonde pour qu'elle fonctionne comme une pi-

pette. On retire des graviers par ce petit stratagème en tenant l'ouverture bouchée.

Un autre moyen de les évacuer est de faire coucher les malades sur le ventre. Par l'effet même de la pesanteur, les graviers tombent sur la paroi antérieure de la vessie, dit M. Mercier. En faisant ensuite lever les malades doucement comme à quatre pattes et en les faisant uriner dans cette position, ils rendent les graviers qui n'ont pu retomber dans le cul-de-sac derrière la prostate. (*Idem*, 23 mars, et *Union méd.*, n° 85.)

GROSSESSE. *Vomissements.* Admettant qu'ils sont produits par une action réflexe de l'utérus, le docteur Jones, de Chicago, les combat par la *cautérisation du col avec le nitrate d'argent,* soit solide, soit en solution concentrée. Il cite quatre cas où ils ont cessé immédiatement, sinon après deux ou trois applications consécutives, et M. Marion Sims en joint un cinquième où ce moyen s'est montré aussi efficace, après que beaucoup d'autres agents avaient été vainement dirigés directement sur l'estomac.

C'était chez une dame de vingt-deux ans qui, après une première couche heureuse, fut prise de vomissements indomptables pendant trois grossesses successives terminées par avortement. Le même accident était à craindre dans la cinquième. Au toucher, M. Sims rencontre une antéflexion latérale droite, les deux lèvres du museau de tanche granuleuses et couvertes d'une abondante sécrétion leucorrhéique. Il touche le col avec une solution de 2 grammes de nitrate d'argent sur 20 grammes d'eau et suspend toute autre médication. Le lendemain, la malade était comme transfigurée ; elle avait pris le premier repas qu'elle eût pu garder depuis quinze jours ; plus de nausées ni de vomissements. Quelques incommodités du même genre, mais beaucoup plus légères, ayant plus tard reparu, deux attouchements avec l'acide carbolique en firent définitivement justice. (*Lancet*, février, n°s 8 et 9.)

Ce moyen n'est pas plus nouveau qu'infaillible. Le docteur Roberts l'a indiqué, il y a plus de dix ans, dans son *Guide of midwifery*, mais seulement après ceux qui paraissent plus rationnellement applicables selon les cas.

Si dans tous ces faits, comme dans le dernier, il y avait

érosion, exulcération du col, rougeur, gonflement ou ramollissement, comme c'est souvent le cas dans les premiers mois de la grossesse, il est permis de s'expliquer cette action efficace du nitrate d'argent, car, dans l'état de vacuité de l'utérus, cet état du col suffit à provoquer des accidents nerveux assez graves, que la cautérisation fait disparaître en guérissant le mal local. Mais il n'est pas fait mention de cette complication. Et d'ailleurs il faut ne cautériser alors qu'avec réserve et modération, car ces simples cautérisations ont suffi au docteur Giordano pour provoquer l'avortement et même l'accouchement prématuré, comme nous l'avons signalé en 1863. (*Union méd.*, n° 23.)

C'est à la *pulvérisation de l'éther* avec l'appareil Richardson que le docteur Lubelski, de Varsovie, a recours. Une douche ainsi faite sur l'estomac et sur la partie correspondante de la colonne vertébrale, pendant trois à cinq minutes ou plus, et renouvelée toutes les trois heures, lui a donné des succès presque constants. (*Académie de méd. de Belgique.*)

Essayé par M. Dujardin-Beaumetz sur une femme au deuxième mois de la grossesse, dont aucune médication ne pouvait empêcher les vomissements, ce moyen, employé cinq minutes après les repas, a suffi à les faire garder, et, huit jours après, les vomissements avaient cessé complètement. (*Soc. de thérap.*)

C'est avec les *injections hypodermiques de morphine*, à la dose de six à huit milligrammes, renouvelées trois à quatre fois par jour, que le docteur Crowell mit fin à des vomissements incoercibles que toutes les applications sur le col et les lavements avaient été incapables d'arrêter. Dès la première, les liquides purent être conservés dans l'estomac et le sommeil suivit. Aucun accident de morphinisme n'apparut, malgré l'usage prolongé de ces injections. Après un accouchement rapide, toutes les fonctions s'exécutaient normalement. (*Boston med. and surg. journ.* octobre, n° 15.)

C'est le *bromure de potassium*, à la dose de 2 à 4 grammes dans du thé de bœuf, de l'eau-de-vie et du landanum, donné en lavements toutes les quatre heures, jusqu'à cessation des vomissements, que le docteur Busey a trouvé le plus efficace. (*American journ. of med. sc.*, janvier.)

H

HÉMATOCÈLE. Klebs ne s'explique pas la formation de l'épanchement sanguin liquide dans l'espace de Douglas, qui constitue l'hématocèle rétro-utérine, si des adhérences primitives ne le ferment pas avant. Autrement, il envahirait tout l'abdomen en s'insinuant entre les intestins, comme après les ruptures de la trompe, car il ne s'agit pas ici de concrétions polypiformes, comme dans les métrorrhagies, mais de sang liquide ou séro-purulent. Il ne peut donc être contenu que dans un sac fermé.

L'augmentation progressive de la tumeur ne s'explique pas davantage, car il n'y a pas de vascularisation locale du péritoine, comme dans les couches fibrineuses de la dure-mère. Les exsudats péritonéaux se vascularisent et se soudent facilement.

Krieger admet deux formes d'hématocèle : aiguë et progressive. La première résulterait du sang menstruel et la seconde d'une grossesse tubaire, comme il en relate deux exemples qui viennent à l'appui des objections précédentes.

Un anévrysme faux, formé par la rupture d'une des nombreuses artères du tissu conjonctif qui relie le péritoine à la face postérieure du col de l'utérus, ne peut-il simuler l'hématocèle rétro-utérine ? Byford l'admet, d'après un exemple qu'il rapporte. (*Chicago med. examiner*, 1877.)

Aussi, pour éviter plus sûrement tout danger par l'incision de ces tumeurs suspectes, M. Cotelle préconise la ponction aspiratrice capillaire. Employée par le docteur Vaslin dans une énorme hématocèle, il en retira 1200 grammes de sang noir en vingt-cinq minutes. Une amélioration immédiate en fut le résultat. (*Thèse inaugurale*, Paris, 1877.)

C'est encore ainsi qu'à la suite d'une chute élevée d'une gymnaste de 17 ans, une tumeur arrondie, pyriforme, s'étant formée dans la paroi antérieure du vagin, le docteur Murray y plongea l'aiguille de Dieulafoy et en retira 350 grammes de sang noir non coagulé sans aucun accident. (*Philadelphia med. Times*, 1877.)

De l'hématocèle péri-utérine, thèse d'agrégation à la Faculté de médecine de Paris, par le docteur Poncet. Exposition

méthodique et claire des théories pathogéniques de cette affection, discutées avec un grand sens pratique. L'exhalation sanguine aiguë du péritoine est ainsi rejetée comme impossible. L'épanchement entre les deux feuillets ne constitue qu'une exception. La rupture d'une veine ovarienne est beaucoup plus fréquente et le reflux du sang de l'utérus en est peut être encore plus souvent la cause. L'hémorrhagie de la trompe n'est qu'une exception rare, tandis que celle de l'ovaire, la ponte spontanée, est beaucoup plus vraisemblable. Évidemment ce sujet n'est pas épuisé, car, en dehors des épanchements sanguins chez la femme, il y a ceux de l'homme qui ne sont pas mieux connus dans leur pathogénie et dont les symptômes se confondent avec ceux des kystes abdominaux.

Hématocèle péri-vésicale. Le repli formé par le péritoine autour de la vessie, et surtout à la partie postérieure, est désigné sous le nom de loge ou cavité de Retzius qui l'a décrite le premier. Elle paraît être le siège d'inflammations, de phlegmons, d'hémorrhagies, d'épanchements peu connus jusqu'ici, en raison de leur profondeur et de leur localisation. Ils simulent la péritonite, sinon la rétention d'urine, et ont été probablement confondus avec ces maladies depuis un temps immémorial. La coïncidence de plusieurs cas observés dans les hôpitaux tend pourtant à élucider ce sujet obscur. Un vieillard de 67 ans, entré à l'hôpital Saint-Antoine, le 20 mai 1877, pour une affection mitrale non compensée, offrit ainsi, six jours après, à M. Dujardin-Beaumetz, les symptômes suivants attribués à l'hématocèle péri-vésicale.

Sans douleur ni cause appréciable apparaît une petite ecchymose de couleur violette très-foncée, formant saillie au milieu même de la cicatrice ombilicale, et limitée par un repli arrondi. On y fait peu attention, vu le bon état général du malade. Mais, dès le lendemain, l'ecchymose a envahi la région hypogastrique, le tissu cellulaire de la verge et du scrotum; elle se montre même au pourtour de l'anus, et l'on découvre, par la palpation, une tumeur arrondie ayant la forme et la situation de la vessie distendue. On croit à une rétention d'urine; mais le cathétérisme démontre l'erreur. La vessie a ses dimensions nor-

males et contient une urine saine et limpide. Rien au toucher rectal; prostate peu volumineuse. Néanmoins l'ecchymose envahit la partie interne des cuisses, et, passant par toutes les phases de coloration des épanchements sanguins, elle disparaît peu à peu, en même temps que la tumeur vésicale, sous l'influence de l'usage interne du perchlorure de fer; le malade sort de l'hôpital, le 21 juillet, n'ayant plus qu'un peu d'induration à la région vésicale.

On crut d'abord à une rupture des veines du plexus prostatique; mais une consultation eut lieu avec Voillemier et M. C. Paul, qui, d'après les rapports du péritoine avec la vessie et la communication du tissu cellulaire péri-vésical avec celui de la peau sur tous les points ecchymosés, conclurent à une hémorrhagie de la cavité de Retzius ou hématocèle péri-vésicale. C'est ainsi que, dans tous les cas de phlegmon de cette cavité éclairés par l'autopsie, une tumeur péri-vésicale est apparue comme premier symptôme et simulant la vessie distendue. (Voy. PHLEGMONS.)

Ce diagnostic est d'ailleurs confirmé par une observation suivie d'autopsie faite par le docteur Léon. Ayant à pratiquer l'uréthrotomie externe à un homme de 39 ans pour un rétrécissement, il avait fait préalablement une ponction aspiratrice de la vessie, qui paraissait volumineuse et distendue par l'urine. Au contraire, on n'en retira qu'une faible quantité. Cet homme ayant succombé, on trouva le péritoine péri-vésical très-épaissi, avec une masse molle, pultacée, aréolaire, gorgée de sang comme le placenta, y adhérant intimement et formant ainsi, tout autour de la vessie et surtout en avant et sur les côtés, une enveloppe qui atteignait en certains points plus de deux centimètres d'épaisseur. (*Bull. de thérap.*, 15 avril 1877.)

Ce fait, désigné sous le nom de *fongus hématode péri-vésical*, est donc la démonstration anatomo-pathologique du précédent; il en confirme et établit le diagnostic. (*Soc. méd. des hôp.*, novembre 1877, et *Union méd.*, n° 13.) Le signe diagnostique, en pareil cas, est donc la tumeur vésicale, ne diminuant pas par le cathétérisme et coïncidant avec des ecchymoses récentes de cette région.

HÉMATO-CHYLURIE. *Etiologie parasitique.* Tandis que l'on discute ardemment en France pour savoir si la torulacée

de Van Thieghem, ou plutôt la diastase qu'elle sécrète, est la cause de la décomposition ammoniacale des urines, comme le soutiennent MM. Pasteur, Cazeneuve et Livon, d'après leurs expériences, c'est à décider si un ver nématoïde, un filaire, n'est pas aussi la cause parasitaire des urines hémato-chyleuses des pays intertropicaux, que l'on s'occupe avec non moins d'ardeur en Amérique. Étudiant ce filaire dans son origine, sa génération, ses métamorphoses et ses pérégrinations de l'état embryonnaire à l'état adulte, comme on le fait ici de la bactéridie et de son germe, on le regarde aussi comme la cause parasitaire unique de plusieurs endémies graves et spéciales de ces pays, aussi distinctes jusqu'ici que la septicémie du charbon. Là-bas comme ici, comme partout, le parasitisme pathogénique est donc en vogue ; c'est la doctrine du jour. La panspermie, issue des recherches de M. Pasteur et soutenue, accréditée chaque jour davantage par ses ingénieuses expériences, lui donne une telle importance que chaque médecin est appelé à prendre parti pour ou contre elle. La nature parasitaire de l'hémato-chylurie a pu être soutenue récemment ainsi par le docteur J. de Moura, dans sa thèse inaugurale devant la Faculté de médecine de Rio-de-Janeiro.

L'uniformité, moins le volume, de ces vers filiformes dont le dragonneau est le type, tend malheureusement à introduire une fâcheuse confusion entre eux. Comme tous les infiniment petits, il est très-difficile de les distinguer l'un de l'autre, malgré le secours du microscope. Il échappent à ce puissant moyen d'investigation contemporaine, de même que la bactéridie, qui est aussi un bâtonnet filiforme, et il est à prévoir que l'on ne soit obligé, comme pour elle, à recourir à la culture expérimentale pour justifier de leur identité. Parasites ordinaires de l'homme et des animaux, ces vers sont d'autant plus intéressants à étudier, à différencier, d'après leur siège, leur évolution et leurs effets, que l'on en fait, comme de la bactéridie, la cause déterminante des maladies les plus fréquentes et les plus graves. De là les recherches nouvelles et intéressantes faites sur le *filaria sanguinis hominis* en particulier, la découverte des divers états de ce parasite, ses métamorphoses et son action morbide, dont il nous semble utile de faire l'exposé pour juger de la valeur de cette nouvelle étiologie parasitaire.

L'origine en est dans la découverte du *distomum hematobium*, faite par Bilharz en 1851 dans le sang et l'urine des hématuriques d'Égypte. Confirmée par Griesinger, constatée de nouveau par Huxley au cap de Bonne-Espérance, et sanctionnée par l'helminthologiste anglais Cobbold, cette découverte fit rechercher ce filaire dans les autres contrées où l'hémato-chylurie est endémique. Une infinité de larves microscopiques de ce ver furent ainsi constatées, le 4 août 1866, dans les urines chyleuses ou laiteuses des hématuriques du Brésil par Wucherer, médecin allemand résidant à Bahia, avec des différences tendant à en faire une variété spéciale. Peu de temps après, Salisbury le rencontrait aux États-Unis et le décrivait sous le titre de *Trichina cystica*. Lewis, l'observant dans l'Inde, lui donna le premier son nom de *Filaria sanguinis hominis*. Crevaux le rencontra de même aux Antilles françaises.

Soumis à l'examen de Leuckart par celui qui l'avait découvert au Brésil, ce ver fut surnommé *Filaria Wuchereri*, du nom de son compatriote allemand, et c'est ainsi que Wucherer en publia la première description dans la *Gazeta medica da Bahia* le 15 décembre 1868. (Voy. *année* 1869.) Depuis, il a toujours été désigné sous ce nom par les différents médecins brésiliens qui s'en sont occupés, notamment le docteur Silva Lima.

Mais le nouveau filaire fut bientôt observé dans d'autres liquides et sous divers états. Lewis le constata dans le sang et la lymphe des grands pachydermes de l'Inde, comme l'éléphant. O'Neill, chirurgien anglais, reconnut que le *craw-craw*, maladie prurigineuse de la peau des nègres de l'Afrique occidentale, était aussi produit par un filaire différent du dragonneau. (*Lancet*, 1875.) En 1877, le docteur Felix dos Santos rencontra le filaria Wuchereri dans le liquide d'une tumeur éléphantiasique du scrotum et, le 20 septembre, dans l'écoulement spontané d'une jambe éléphantiasique, comme en témoignent les faits communiqués à la Société de médecine de Rio-de-Janeiro.

Il était dès lors évident que la présence de ce parasite n'était plus seulement caractéristique des urines chyleuses, comme on le croyait ; son origine devait donc en être recherchée ailleurs que dans la vessie. Il n'était là qu'à l'état jeune et de développement. Il convenait donc de le trouver

à l'état d'embryon pour constater son origine et à l'état adulte pour en connaître les pérégrinations.

La faveur dont le parasitisme est partout l'objet fit réaliser ces deux importantes découvertes presque simultanément. Le docteur Pierre de Malgalhâes ayant soumis au microscope le sédiment de l'eau potable de Carioca, déposé sur le filtre de sa fontaine, y constata, au milieu d'une grande quantité de détritus végétaux, quelques fils et différents infusoires, un filaire à l'état embryonnaire, sans organes reproducteurs. Ce nématoïde était vivant et se mouvait en tous sens avec une grande rapidité. Sa ressemblance avec le filaire de Wucherer le fit examiner attentivement en présence de plusieurs collègues. Il mesurait 52 centièmes de millimètre de long sur douze millièmes de grosseur. Incolore, demi-transparent et rendu visible par la réfringence de son corps avec le liquide où il se trouvait, il présentait quelques granulations à l'intérieur, même vivant. Ses extrémités céphalique et caudale avaient la même conformation que celle du filaire de Wucherer, la première un peu arrondie et la seconde se terminant en pointe. Près de l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen existait une petite tache linéaire, à peine sensible, qui paraissait être l'orifice anal. La bouche était circulaire et un peu plus visible que sur le *filaria Wuchereri*, de même que l'œsophage. Avec un grossissement très-considérable, on apercevait peu distinctement trois ou quatre petits appendices très-courts et fins à l'extrémité céphalique, près de la bouche, qui disparurent après la mort. Des vestiges de stries circulaires autour du corps en étaient une autre différence.

Sauf ces deux particularités exceptionnelles, cet embryon ressemblait à ceux qui se rencontrent dans les urines hémato-chyluriques. Leuckart dit d'ailleurs que ces filaires parasites peuvent subir des métamorphoses par le changement d'habitat. Ces appendices et ces stries pourraient donc bien être des caractères de transition.

Un examen ultérieur de l'eau sédimenteuse où avait été rencontré ce filaire embryonnaire montra, pendant six jours, un véritable vivier de ces embryons. Douze en furent examinés, dont dix vivants, plus petits que le premier. L'un des plus déliés mesurait seulement vingt-trois centièmes de millimètre de long sur huit millièmes de millimètre de grosseur.

Tous étaient identiques au filaire *Wuchereri*, sauf quelques granulations intérieures ressemblant au détritus végétal de l'eau qui leur servait d'aliment. Un seul des plus volumineux fut trouvé pourvu des appendices signalés et les vestiges de stries rencontrés seulement sur quelques autres.

Mais une particularité plus remarquable est l'enveloppe en fourreau ou étui parfaitement constatée sur un nématoïde mort et semblable à celle que décrit Lewis chez le *Filaria sanguinis hominis*. Une rupture transversale de cette enveloppe s'était opérée sur l'animalcule entier, et les deux fragments écartés en dépassaient chaque extrémité correspondante, tout en conservant la même forme. Cette membrane embryonnaire fut rencontrée sur un autre filaire écrasé accidentellement et dont la démonstration fut moins évidente.

A ces différences du filaire, faut-il voir les caractères d'un âge plus avancé de son développement dans l'eau ou les traits distinctifs d'espèces différentes ? C'est ce qui reste à vérifier. Mais il n'est pas moins démontré que l'eau potable de Carioca contient des filaires semblables à celui de Wucherer et qui, ingérés par l'usage de cette eau, peuvent donner naissance à un hôte des plus incommodes et malfaisants pour l'organisme, comme le démontre sa découverte à l'état adulte.

C'est à Brisbane en Australie qu'elle a été faite, le 21 décembre 1876, par le docteur Bancroft. Il rencontra ce filaire adulte dans un abcès lymphatique du bras et le liquide d'un hydrocèle. Il mesurait trois à quatre pouces de long et avait la grosseur d'un cheveu humain. De là le nom de *Filaria Bancrofti* qui lui est donné.

Confirmée le 7 août 1877 à Calcutta par Lewis, cette découverte a été faite de nouveau au Brésil par le docteur Silva Araujo, le 16 octobre, et presque, simultanément, le 2 novembre suivant, par le docteur Felix dos Santos. Ouvrant un abcès lymphatique du bras conjointement avec le docteur de Moura, il rencontra dans le pus cinq grands vers dont un entier, ayant deux pouces de long, blanc et gros comme un cheveu. Au microscope, on distinguait parfaitement ses extrémités céphalique et caudale, la première ayant la forme particulière des nématoïdes avec l'orifice

buccal à l'extrémité et quatre palmes autour, comme chez les suceurs. Canal digestif unique s'étendant de l'une à l'autre extrémité. Structure aréolaire. Le canal gynécophore, s'étendant sur les côtés du tube digestif sous forme variqueuse, est beaucoup plus développé au milieu du corps jusqu'à la queue. Des myriades d'œufs remplissaient les sacs et s'échappaient par les fentes latérales du tégument.

Le cas du docteur Araujo était encore plus curieux et nouveau. Des embryons et des adultes de ce filaire furent rencontrés chez son malade atteint des diverses maladies où il avait été trouvé séparément. Après plusieurs érysipèles et une première attaque de chylurie trois ans avant, il fut pris de *craw-craw*, après s'être baigné dans une lagune, et présentait des urines chyleuses, un épanchement lymphatique du scrotum éléphantiasique lorsqu'il fut observé. C'est donc là un cas type et qui résume en lui toutes les observations précédentes.

Ces constatations, faites en présence et avec le concours de plusieurs médecins, n'ont pourtant pas permis de découvrir la différence des sexes dans les fragments des autres filaires. Mais il reste avéré que le *Filaria sanguinis hominis* est l'adulte du *Filaria Wuchereri* en voie de développement dans le sang et l'urine des hématuriques. Le docteur Manson l'a constaté par de très-nombreuses observations faites à Amoy et publiées dans la *Customs Gazette* sous le titre d'*Hematozoa*. Et telle serait la fréquence de ce filaire adulte, que, d'après les observations de ce médecin, un huitième de la population en serait atteinte.

Le même ver parasitaire existerait donc sous trois états différents : embryon dans l'eau, en évolution dans le sang et l'urine, adulte dans le pus et le sérum, dans l'intestin et sous la peau. Mais il reste à savoir comment et pourquoi, en l'absence d'organes sexuels, il se trouve dans un liquide distinct sous ces divers états.

Voici, d'après Cobbold, le secret de ces transmutations. Par une lettre du 20 avril 1877, le docteur Bancroft lui annonçait son intention de faire piquer des hématuriques par les moustiques, pour savoir s'ils ne sucent pas ainsi le filaire du sang pour le transporter dans l'eau ou à l'homme ; tandis que, le 27 novembre suivant, le docteur Manson lui annonçait sa découverte du filaire humain dans l'estomac

des moustiques ayant piqué et sucé des hématuriques atteints du *Filaria sanguinis hominis*. Il en donne trente-cinq observations additionnelles, suivant l'influence de l'âge, du sexe, des occupations et autres conditions des malades. Il dit même, chose plus intéressante encore : que la femelle du moustique, après avoir ainsi aspiré le parasite du sang humain, le dépose ensuite avec ses œufs en les éjaculant, et qu'il devient le moyen de transmission et de propagation de la maladie. De là son apparition dans certains districts à l'exclusion d'autres, et tel serait le phénomène génésique de ces métamorphoses que le célèbre helminthologiste anglais ne fait nulle difficulté de l'admettre pour l'accomplissement du cycle de la vie filarienne, — *the completion of the filarian life-cycle*. Il a démontré, par la dissection des moustiques, qu'ils sucent les filaires du sang de l'homme et qu'ils les déposent dans les eaux des citernes et des puits, d'où ils sont absorbés ensuite par ceux qui font usage de ces eaux. Bien plus, il n'hésita pas, en communiquant ces faits à la *Société de médecine* de Londres, le 12 mars dernier, et d'accord avec MM. Araujo et Manson, à réunir toutes les maladies ayant cette origine parasitaire commune. La nosologie clinique est ainsi subordonnée à l'étiologie parasitaire, et voici l'hémato-chylurie, l'éléphantiasis, le *craw-craw* et certains abcès ganglionnaires, jusqu'ici séparés, réunis dans une même famille en vertu d'un simple filaire.

Mais ces découvertes successives ont soulevé bien des compétitions pour s'en attribuer la priorité. A côté des médecins brésiliens, M. Silva Lima en tête, réclamant énergiquement pour leur collègue Wucherer tout l'honneur de la découverte primitive faite dans leur pays, Cobbold tient bon pour ses compatriotes Lewis, Bancroft et Manson, qui l'ont complétée en montrant les diverses métamorphoses du filaire. Chacun a donc sa part dans cette découverte, mais il est évident que la priorité en remonte à Wucherer, qui, le premier, a appelé l'attention sur lui. Nous pouvons d'autant mieux en témoigner ici que nous avons été témoin de ses efforts. Dans son passage à Paris en 1868, il nous fit l'honneur de nous visiter de la part de notre confrère et ami Silva Lima et nous entretint de sa découverte, en allant la soumettre à Leuckart. Le nom de *Filaria Wuchereri* doit donc être conservé à ce ver parasite plutôt que celui de

Filaria Bancrofti, comme le veut Cobbold, sinon celui plus générique et plus vrai de *Filaria sanguinis hominis*, qui met fin à toute contestation. (*Lancet*, nos 2 et 13.)

Voici donc, en résumé, d'après les méthodes actuelles d'examen, d'expérimentation, et en vertu des doctrines panspermistes en vogue, les moustiques accusés d'engendrer et de propager l'hémato-chylurie et l'éléphantiasis des pays chauds, comme autrefois les mouches ont été accusées de communiquer le charbon à l'homme et aux animaux en leur inoculant, par leur piqûre, la bactéridie coupable. L'étiologie est la même dans des climats opposés. Et ces germes si graves et dangereux sont si fins, si ténus, qu'il suffit, pour leur donner passage, du suçoir d'un diptère quelconque. Quelle distance à la trompe d'un éléphant !

A la subtilité de cette explication, on se demande si le prétendu positivisme, dont se targuent les observateurs d'aujourd'hui, est beaucoup plus consistant que les théories vitalistes, si la ténuité de ces germes morbides, admis comme visibles et tangibles, n'équivaut pas à la valeur vague des mots de prédisposition, de hasard, de fatalisme, dont on se payait autrefois. Seulement, comme il faut donner un nom, un corps à toute théorie pour la faire accepter maintenant, on se sert du microscope ou du réactif pour trouver quelque chose, et au besoin du moustique pour lui servir d'intermédiaire et de milieu, le faire éclore et cheminer. Exemple frappant de l'extrémité où en est réduit le parasitisme pour trouver des preuves de sa réalité.

Aussi des négations formelles, des contradictions flagrantes n'ont-elles pas manqué de se produire aussitôt contre cette nouvelle théorie du parasitisme. Le docteur Tilbury Fox a positivement nié, devant la Société de médecine de Londres, que les filaires, qui se rencontrent en grand nombre et dans divers états d'irritation chez l'homme, soient l'accompagnement obligé de l'éléphantiasis, comme il donne deux exemples à l'appui. Le docteur Magalhães, qui a découvert l'embryon du *Filaria Wuchereri* dans l'eau de Carioca, y a constaté également la présence simultanée d'acariens mâles et femelles, morts ou vivants, avec tous leurs caractères, de même que dans l'urine des hématuriques comme dans celle d'individus qui ne l'étaient pas et n'avaient pas de filaires, notamment dans l'urine albumineuse. Toutes ces

constatations ont été faites avec le même soin, la même précision que les précédentes et en présence de plusieurs médecins micrographes de Bahia, qui ont très-clairement reconnu le sarcopte de la gale. Le docteur Araujo en a aussi constaté la présence dans la sérosité du scrotum éléphantiasique de son malade avec les filaires. (*Progresso med.*, décembre 1877.)

Comment, après ces diverses constatations contradictoires, attacher l'importance étiologique exclusive au *Filaria sanguinis hominis* dans toutes les maladies où il se rencontre? Pour qui connaît la malpropreté habituelle des habitants des pays chauds, leur promiscuité avec leurs animaux, il est bien plus simple de penser que les filaires, comme les acariens rencontrés accidentellement dans ces liquides, provenaient d'une autre source. Il est plus logique de faire cette supposition que de renverser l'ordre naturel, au moins jusqu'à plus ample informé.

HÉMORRHAGIES. Elles sont assez souvent le signe initial, précoce, avant-coureur du cancer de l'estomac comme de la tuberculose pulmonaire. M. Dieulafoy le rappelle en mettant en parallèle plusieurs exemples de ce genre où des gastrorrhagies successives, hématémèses ou mœlena, et des hémoptysies ont paru en pleine santé, plusieurs années avant le développement évident de la maladie, et alors que rien, sinon l'hérédité, n'en pouvait faire pressentir la signification. Il distingue donc ces hémorrhagies primitives, actives, fluxionnaires, congestives, prémonitoires qui sont les signes, les avertissements, les menaces de la tuberculose pulmonaire ou du cancer stomacal, des hémorrhagies secondaires ou passives consécutives, symptomatiques de ces graves altérations et qui, déterminées par la friabilité et la rupture des petits vaisseaux, en sont comme la conséquence et le dernier terme.

Et pour montrer que ces bronchorrhagies primitives ne sont pas la cause de la phthisie, suivant la théorie de Morton : *Ab hemoptoe tabes*, il signale l'existence de ces hémorrhagies de l'estomac survenant deux ou trois ans avant le développement du cancer, sans qu'aucun observateur ait jamais pensé à en rapporter la formation à ces hématémèses. L'une et l'autre doivent donc être considérées comme les prodromes menaçants de ces graves affections, surtout

chez les gens prédisposés héréditairement, et servir d'avertissement pour en combattre l'invasion au moins par l'hygiène, sinon par la thérapeutique. (*Gaz. hebd.*, n° 35.)

De l'hémostase définitive par compression excessive, par E. Kœberlé, brochure grand in-8° de 56 pages, avec 26 figures. Paris, 1877.

Il s'agit du pincement des vaisseaux par la forcipressure, dont l'auteur réclame la priorité, non dans l'application de ce moyen, dont l'historique montre l'origine ancienne, mais dans la manière de l'employer. Au lieu de laisser les pinces en place pendant plusieurs heures et même plusieurs jours, selon le calibre des vaisseaux, le chirurgien de Strasbourg, exerçant une compression très-forte, grâce au modèle de pinces hémostatiques qu'il représente et qu'il compare avec les autres, ne les laisse en place que durant l'opération. C'est donc là un grand avantage pour la réunion immédiate et même la cicatrisation définitive.

Un *Epilogue* a été ajouté par M. Kœberlé pour soutenir ses droits de priorité et se défendre des attaques injurieuses de son contradicteur. Mais ce débat personnel n'est pas de notre domaine.

Hémorrhagies cérébrales. *Injections hypodermiques d'ergotine.* L'apoplexie cérébrale, dit M. Foster, est essentiellement une effusion de sang causée par la rupture des petites artères du cerveau. Guidé par l'emploi de l'ergotine en pareil cas et par son action sur la contraction des petites artères, il fut conduit à l'employer chez deux vieillards qui venaient d'être frappés soudainement d'apoplexie. L'un avait 72 ans et l'autre 64. Ils étaient plongés dans le coma, qui augmentait pendant l'application des dérivatifs. Après s'être assuré que le cœur était intact, il injecta profondément, dans les muscles du bras, dix gouttes d'une solution de dix grains d'ergotine pour un drachme d'eau (65 centigrammes pour 4 grammes), en renouvelant ces injections en plusieurs endroits. Dans les deux cas, le coma diminua graduellement, et les deux malades se rétablirent parfaitement. (*Lancet*, n° 12, septembre.)

En raison de l'innocuité et de la facilité d'emploi de ce remède, on peut au moins en essayer l'action quand on est appelé promptement.

Hémorrhagies post-partum. *Injections intra-utérines d'eau chaude.* 16 accouchées de l'hôpital Rotunda, de Dublin, âgées de 19 à 36 ans, dont six primipares et les autres multipares, soumises à ce moyen par le docteur Atthill, du 20 novembre 1877 au 19 janvier suivant, n'en ont éprouvé aucun accident. Des contractions énergiques de l'utérus ont produit dans un seul cas des douleurs analogues à celles du travail. Chez toutes, l'hémorrhagie a été immédiatement arrêtée, alors que les applications froides, le seigle ergoté étaient restés inefficaces. Le pouls a constamment diminué aussitôt.

Ces résultats, justifiés par les observations, indiquent donc l'emploi de ce moyen. L'auteur ne le prescrit cependant qu'après l'insuccès du froid, en particulier chez les femmes faibles, délicates, quand l'écoulement du sang persiste par la contraction et le relâchement alternatifs de l'utérus. Le tube de la seringue doit être introduit dans l'intérieur, et l'eau portée à la température de 110 à 115° Fahr., soit 61 à 62 centigrades. Il est aussi applicable dans l'avortement, que l'œuf soit ou non expulsé. (*Lancet*, n° 6.)

Il en est tout autrement à Strasbourg. De l'eau chaude à 38 ou 40° R., employée contre 20 métrorrhagies profuses après l'accouchement, survenues à la clinique obstétricale de l'Université, n'a donné au professeur Bunge qu'un succès relatif contre l'atonie de l'utérus. Sur 10 cas de ce genre, il y a eu 2 succès éclatants et 6 moins concluants; 2 seulement n'en furent pas influencés. Au contraire, sur les 10 autres hémorrhagies par rétention du placenta ou des tumeurs, aucune n'en fut modifiée. Il n'y a donc lieu d'y recourir que dans le cas d'atonie simple. (*Berl. Klin. Woch.*, n° 13, 1877.)

Injections hypodermiques d'ergotine. Un succès remarquable en a été obtenu à Lyon par M. Icard avec la solution de M. Moutard-Martin, moins la glycérine. (Voy. *année* 1877.) C'était chez une femme de 40 ans qui, sans cause appréciable, était en proie, depuis quinze jours, à une métrorrhagie abondante, malgré l'usage de boissons froides acidulées, plusieurs potions avec six grammes d'ergotine, l'eau de Léchelle à haute dose, 40 gouttes de perchlorure de fer, 3 grammes d'ergot de seigle et un gramme de tannin restés sans effet. Un gramme de solution, soit 65 à 70 milligr., est

injecté dans la région hypogastrique cinq à six fois dans l'espace de trois jours; après quoi, la femme perdait si peu de sang qu'elle put retourner dans son pays. 10 à 12 milligrammes par jour ont donc eu plus d'effet hémostatique dans ce cas que 6 grammes par la voie stomacale. L'action est ainsi 50 à 60 fois plus forte. Il n'est pas dit, il est vrai, que ce fut le même produit, et l'on sait qu'il varie dans sa composition suivant les pharmacies.

Pratiquées sur le col de l'utérus dans le cas de fibromes interstitiels, ces injections aqueuses ont produit au contraire des métrorrhagies immédiates entre les mains de MM. Delore et D. Molière. (*Soc. des sciences méd. de Lyon*, février.)

Injections d'éther. Pour éviter les effets de l'anémie aiguë à laquelle les accouchées succombent douze ou quinze heures après la délivrance, dans les cas d'hémorrhagie par insertion vicieuse du placenta, M. Chantreuil fait des injections sous-cutanées d'éther et même de cognac quand l'estomac ne supporte rien. Sous leur influence, les femmes se raniment et la chaleur revient. Elles ont été efficaces dans cinq cas et peuvent ainsi remplacer la transfusion du sang, beaucoup plus grave et difficile, comme M. Verneuil l'a reconnu dans le collapsus des grandes opérations. (Voy. *année* 1877.) En relevant le pouls, la température et les forces, ce moyen acquiert de nombreuses applications, surtout après les hémorrhagies graves des femmes en couche. (*Journ. de thérap.*, février.)

Quelques précautions sont cependant nécessaires, d'après les expériences de M. Luton. 1 ou 2 grammes d'éther, injectés chez un homme ayant une température normale, produiraient des vapeurs et une tumeur emphysémateuse qui s'étale peu à peu. Rien de semblable chez un sujet froid. Des abcès, avec sphacèle du tissu cellulaire, ont aussi été observés. (*Union méd. du Nord-Est*, 1877.) Il faut donc se borner à injecter quelques gouttes à la fois, sauf à multiplier les piqûres si le cas l'exige.

HERNIES. *Coïncidence avec le phimosis chez les enfants*. Sur 50 enfants, âgés de 6 mois à 4 ans et demi, pris au hasard et examinés par M. Kempe, chirurgien interne à l'hôpital des Enfants de Londres, 31 avaient une hernie inguinale,

double chez cinq ; les autres en étaient exempts. Dans aucun cas, la hernie n'était congénitale, mais elle existait 15 fois à 6 mois, 5 fois à un an et 5 fois à 18 mois. Les autres cas se répartissaient jusqu'à trois ans. Il se demande donc si l'effort que fait l'enfant pour uriner, lorsque le phimosis est très-serré, ne peut pas déterminer l'issue de l'intestin hors de l'anneau, surtout dans les premiers mois de la vie. (*Lancet*, 27 juillet.)

Compression élastique. Employée avec succès dans deux cas, par le docteur Denis Dumont à l'Hôtel-Dieu de Caen, comme dernière ressource pour la réduction. Chez l'homme, âgé de 72 ans et atteint d'une vieille hernie inguinale gauche, étranglée depuis deux jours, la bande élastique d'Esmarch, fixée sur le pubis par le malade, est conduite dans l'aine gauche sous le scrotum, qu'elle enveloppe par trois ou quatre circulaires jusqu'au niveau de la verge ; passe au-dessus et, par des renversés et sept à huit tours de bande, arrive jusqu'au pubis. Après une heure d'application, un bruit caractéristique se fit entendre par la rentrée spontanée de l'intestin, et des selles immédiates eurent lieu.

Chez une femme de 48 ans, porteuse d'une hernie crurale gauche, étranglée depuis quarante-huit heures et irréductible, une compresse graduée fut appliquée sur la tumeur, et la bande élastique la recouvrit par un spica modérément serré. Deux heures après, la hernie était complétement réduite. (*Année méd. de Caen.*)

Ce mode de compression, plus simple, facile et efficace qu'avec le sac de plomb employé par M. Lannelongue, en prouve au moins l'action très-réelle. (Voy. *année* 1870-71.)

Irrigations continues. Ce moyen énergique a été employé avec succès par M. Picheney, vétérinaire militaire, sur six chevaux atteints de hernies ventrales résultant d'un traumatisme récent ; il n'était ancien que dans un cas. La difficulté de maintenir ces hernies réduites chez ces animaux, en raison de leur position, rend donc ce moyen très-précieux, d'autant plus que, en en continuant l'emploi, un travail cicatriciel des lèvres de l'ouverture paraît déterminer une oblitération aussi solide que par les moyens chirurgicaux. (*Recueil de méd. vétérinaire*, 15 juillet, n° 13.)

N'y aurait-il pas lieu de tenter le même moyen dans les éventrations de la femme, dans les hernies ombilicales irréductibles ou ne pouvant être maintenues réduites? Les volumineuses hernies inguinales, dans le même cas, pourraient être soumises aussi à cette médication curative, s'il est vrai qu'après leur retrait graduel, sous l'influence de l'action astringente de l'eau froide, il se produise une oblitération de l'anneau qui leur donne passage. C'est à essayer avec persistance, surtout pendant l'été, où le contact de l'eau froide sur la peau est plus supportable et peut être continué sans danger plus longtemps.

Ergotine. En frictions sur la hernie, conjointement avec l'usage interne de 5 grammes dans 125 de véhicule, elle s'est montrée efficace dans deux cas de hernie étranglée irréductible. En moins de six heures, les vomissements et les coliques diminuèrent, la hernie devint moins sensible et se trouva réduite spontanément 12 à 15 heures après. D'où le docteur Planat conclut que l'application hypodermique de l'ergotine, sinon mieux son injection dans le sac herniaire, pourrait contribuer efficacement à la réduction des hernies étranglées. (*Nice médical.*)

Kélotomie. Témoin de la répulsion qu'inspire à beaucoup de médecins une opération aussi utile, le docteur Arribaud a montré, par huit observations personnelles très-concluantes, que cette opération est accessible au chirurgien le plus timide, dans les conditions de milieu les moins favorables; que les difficultés opératoires qu'on lui attribue ont été exagérées; que le danger des hémorrhagies est forcément exceptionnel, et que l'on peut s'en mettre à l'abri par le débridement déchiré et multiple. Il n'a eu que trois décès. Cette opération devrait donc entrer dans la pratique courante, à l'égal de toute opération d'urgence, au même titre qu'une ligature ou une application de forceps. (*Lyon méd.*, n°s 25 et 26.)

Mort causée par la division de l'artère obturatrice. En divisant quelques fibres constrictives au collet du sac d'une hernie fémorale étranglée, chez une grosse femme de 56 ans, le 7 février dernier, à l'hôpital du Collège de l'Université, M. Barker nota une effusion sanguine anormale avant et

après la réduction de l'intestin. Deux onces environ furent ainsi répandues, dont la couleur ne permettait pas de dire s'il était artériel ou veineux. N'en recherchant pas la source, il ferma la plaie, et toute hémorrhagie cessa jusqu'au troisième jour, quand l'opérée perdit connaissance et mourut le lendemain d'une péritonite aiguë.

L'autopsie montra une épaisse couche de sang épanché dans le tissu sous-péritonéal. La source en était dans une artère obturatrice anormale qui passait sur le côté interne du collet du sac et qui avait été divisée à un pouce environ de son origine. La mort est donc due ici au défaut de ligature. De là l'enseignement de ne pas fermer la plaie sans que l'écoulement du sang soit tari. (*Clin. Society*, 26 avril.)

Hernie du poumon. Réduire ici est le précepte classique, car la section d'un lambeau de poumon semble devoir produire une hémorrhagie fatale. Et cependant des accidents mortels se déclarent aussi après la réduction. Est-ce donc que la hernie du poumon est inévitablement mortelle? Morel-Lavallée a dit, au contraire, qu'elle était une complication heureuse des plaies pénétrantes de poitrine, car elle empêche l'hémorrhagie et l'entrée de l'air dans la cavité pleurale, et la plaie n'est plus pénétrante pour ainsi dire.

Un fait relaté par M. Cauvy, de Béziers, comme celui publié en 1872, tendent à confirmer cette interprétation et à montrer qu'il ne faut pas même chercher à réduire dans ce cas. Un garçon de 24 ans reçoit un coup de couteau dans le neuvième espace intercostal. Une plaie pénétrante et surtout oblongue en résulte, sur laquelle on applique des compresses d'eau froide. A la dyspnée, au pouls petit et lent qui y succèdent immédiatement, se joint bientôt la fièvre, et, le troisième jour, on n'entendait plus le murmure vésiculaire à la base du poumon gauche.

M. Cauvy constate alors une saillie du poumon, en forme de champignon, et ayant l'aspect du tissu hépatique, entre les lèvres de la plaie, sans que la respiration ni la toux y impriment aucune modification. Au lieu de chercher à réduire, il pratique la ligature et l'excision de la partie herniée. 28 jours après, la cicatrisation était complète, et, sept mois ensuite, le blessé ne présentait plus aucune trace de ce grave traumatisme. (*Soc. de chir.*, 13 février.)

Une pratique analogue a donné lieu au même succès dans deux cas en Allemagne. La hernie étant irréductible et le tissu hernié d'un rouge brun, sans fétidité, ni mouvements, ni pulsations le troisième jour, le docteur Scholz, considérant ce fragment comme un corps étranger, le sectionna, après avoir enserré la base dans une ligature. Pansement phéniqué. Cicatrisation lente de 72 jours pour une étendue de 2 centimètres de long sur 3 de large. Une pelote fut appliquée dessus pour la soutenir.

La plaie étant libre livrait passage à l'air avec dyspnée et hémorrhagie au début, mais tous ces accidents cessèrent, à mesure que la hernie se forma. La base en était si serrée dans la plaie qu'elle fut irréductible. La couleur devenant plus foncée et des granulations apparaissant à sa surface, Volkel la cautérisa avec le nitrate d'argent, ce qui la fit graduellement diminuer et disparaître.

Il y a donc lieu, d'après ces faits, à ne pas tenter la réduction, surtout après un certain temps, et l'on peut même se demander si cette hernie n'est pas favorable au début, et si la réduction ne serait pas préjudiciable. (*Archiv. de méd.*, septembre.)

Hernie de l'estomac après l'empyème. (V. *ce mot.*)

HYDARTHROSES. *Traitement phéniqué.* La ponction de la synoviale dans les épanchements articulaires n'est plus une nouveauté, qu'elle soit pratiquée avec le trocart ou le bistouri pour l'évacuation du liquide épanché. (Voy. *années* 1872 et 1873.) Par 200 aspirations du genou avec son appareil, M. Dieulafoy établit de nouveau que c'est une opération rationnelle et efficace dans les cas appropriés, quand elle est bien exécutée. Les épanchements séreux et sanguins, consécutifs au traumatisme, guérissent rapidement après une ou deux ponctions avec aspiration du liquide. Les exsudations séro-fibrineuses sont plus rebelles, mais l'hydarthrose blennorrhagique y résiste le plus longtemps.

Son procédé opératoire est des plus simples. Une bande de caoutchouc étant roulée sur l'articulation malade, en laissant à nu l'endroit où la ponction doit être faite, l'aiguille aspiratrice n° 2 est introduite dans la synoviale. Le lieu d'élection est le cul-de-sac externe au niveau du bord su-

périeur de la rotule et à deux centimètres en dehors. Le liquide évacué, on enveloppe le membre de ouate avec une bande de flanelle de haut en bas pour la soutenir. Ce bandage est renouvelé tous les jours ainsi que la ponction, si le liquide se reproduit, et jusqu'à cinq ou six fois au besoin. (*Gaz. hebd.*, n° 8.)

Malgré la condamnation portée dans ces dernières années en France contre l'incision, par suite des accidents observés, les chirurgiens allemands y recourent de plus en plus. Le docteur Seriba, de Baden, au lieu de la compression élastique recommandée contre les épanchements chroniques, séreux ou avec granulations, emploie l'incision des deux côtés de la rotule et passe un drain dans l'article après l'avoir lavée avec une solution phéniquée; celle de chlorure de zinc, à 12 pour 100 d'eau, est même usitée, si des sinuosités existent avec fétidité du liquide. Le drain n'est pas laissé plus dix jours, sauf à répéter l'irrigation phéniquée si l'écoulement continue. Il peut rester vingt à trente jours en place dans les cas chroniques. (*Berlin. klin. Woch.*, 1877.)

Ce traitement, employé dans six cas, serait sans danger et n'aurait donné que des succès, mais il reste à le vérifier.

C'est à l'emploi du nuage phéniqué pendant cette opération que Heinecke en attribue le succès, et il donne comme preuves 10 cas d'hydarthroses du genou ainsi traités à l'hôpital de Magdebourg. Le succès fut complet dans 7, dont un d'inflammation séreuse, un d'hydarthrose fibrineuse, un d'effusion sanguine, avec un rétablissement complet des mouvements articulaires. Dans trois cas de suppuration avec nécrose du tibia et enlèvement du séquestre, il n'y eut que des mouvements limités. (*Deutsche Zeitschr. für Chir.*, n° 10.)

Schüller a traité un cas de synovite séro-purulente du genou suivant cette méthode, avec succès; mais, dans un second d'inflammation suppurative, l'opérée mourut quatorze jours après. Dans son rapport de la clinique chirurgicale de Hueter à Greiswald, il cite 20 cas d'affections du genou : 11 synovites fongueuses et 5 séreuses et séro-fibrineuses, 2 hydarthroses et 2 arthrites rhumatismales, traitées par l'injection sous-cutanée ou par les trajets fistuleux d'une solution phéniquée à 2 ou 3 pour 100 d'eau, qui, à l'exception de deux cas, ont tous été améliorés. Les jours, les semaines remplaçaient les mois par d'autres traitements. La

synovite purulente en est seule exclue. (*Deutsche med. Woch.*, 1877.)

Rinne ponctionne avec un trocart et injecte ensuite cette solution. Sur 11 cas ainsi traités, il n'y eut aucune réaction dans 5, et un peu de fièvre et de liquide seulement dans 4. Ces 9 malades ont été guéris avec rétablissement des mouvements. Un est mort de tuberculose, et l'autre ne pouvait marcher qu'avec un bâton. (*Centralblatt für chir.*, décembre 1877.)

Si l'on ajoute à ces 47 cas les 17 faits de plaies ouvertes des grandes articulations traités antiseptiquement par Ranke, et communiqués au dernier Congrès des chirurgiens allemands, on voit que le traitement phéniqué est aujourd'hui la grande panacée des hydarthroses au delà du Rhin. C'est donc une indication pressante d'en étudier les effets en deçà.

HYSTÉRIE. *Injections de morphine et d'atropine.* L'antagonisme de ces deux substances, l'opium et la belladone, a été utilisé par le docteur Czernicki chez une jeune hystérique qui, malgré tous les agents ordinaires, vomissait littéralement tous ses repas. L'ingestion d'une cuillerée de lait ou quelques gouttes d'eau provoquaient aussitôt une douleur violente, atroce, et une expulsion immédiate. Les injections morphinées ne suffisant plus, il y associa l'atropine pour enrayer les contractions musculaires. Un demi-milligramme de sulfate d'atropine fut injecté, cinq minutes après un centigramme de chlorhydrate de morphine, et la malade, pour la première fois depuis longtemps, conserva, sans aucune douleur, la totalité de ses aliments. Mais, pendant plus de trois mois, il a été impossible de calmer la douleur sans la morphine, ni d'arrêter les vomissements sans l'atropine. L'effet séparé distinct était des plus évidents. C'est donc là une précieuse ressource en pareil cas. (*Gaz. hebd.*, n° 23.)

Hystéries périphériques. Ce sont, d'après M. Lasègue, des manifestations locales, limitées, asymétriques, se traduisant par des troubles de la sensibilité, des perversions du mouvement, sous la dépendance d'une hystérie franche ou se rattachant à des états analogues. Primitives ou consécutives, il est toujours possible d'assister à leur début et d'en

étudier l'évolution, tandis que la genèse des manifestations de cause centrale échappe presque toujours. De là cette division.

Il suffit ainsi à une jeune pensionnaire de recevoir quelques grains de sable dans l'œil pour que, provoquant une irritation légère et très-momentanée, elle soit atteinte d'un blépharo-spasme qui dure quatre mois consécutifs pour cesser spontanément une nuit. Une simple bronchite saisonnière est l'occasion, pour une autre, de mutisme et d'extinction de voix persistante et résistant à tous les traitements, sans aucune suite grave. Chez une troisième, un peu d'angine détermine une extinction de voix syncopale. Un spasme laryngé, sonore comme l'angine striduleuse la plus vibrante, en est la conséquence chez une quatrième jeune fille pendant six semaines, au point de ne pouvoir sortir. Chez une autre, une toux stridente, laryngée, rhythmée, persiste pendant seize mois, sans aucun signe local, et cesse tout à coup par le déplacement.

Le spasme vaginal, celui des membres peuvent également se manifester chez des hystériques par la moindre irritation locale, au point de faire croire à des altérations graves, si l'on n'y fait attention, et provoquer des médications et des traitements actifs et douloureux. Le spasme, la contracture en résultant peuvent même simuler un accès de tétanos, comme l'auteur en signale des exemples frappants.

Le praticien doit donc se mettre en garde avec soin contre ces spasmes, ces contractures périphériques sans lésions appréciables chez les femmes. La moindre irritation traumatique peut en déterminer d'une gravité exceptionnelle chez les hystériques. Le torticolis survenant à la suite d'un refroidissement douloureux dure parfois des mois pour disparaître à l'improviste. L'œsophagisme, le vaginisme peuvent avoir le même point de départ. Beaucoup de spasmes gastriques se perpétuent après une simple indigestion ou une crise de pyrosis.

Contrairement au spasme, à la contraction provoquée par une lésion ou une douleur intermittente, comme celui de la vessie, de l'anus, dans les cas de fissures de ces orifices, des paupières dans la blépharite, les spasmes, les contractures hystériformes persistent et durent sans rémission ni sans cause appréciable, si ce n'est celle du début. C'est en

distinguant leur nature par ce caractère autant que par l'âge et les antécédents des malades, et en s'abstenant de toute médication énergique, que l'on sauvegardera leur santé générale, en maintenant l'honneur de la science et de la profession. (*Archiv. de méd.*, juin.)

Hystéro-épilepsie. Névrose mixte qui, à un degré intense de l'hystérie, emprunte quelques manifestations de l'épilepsie et la simule parfois dans sa forme extérieure. De là la nécessité de la distinguer de l'une et de l'autre. Le docteur Moreau, de Tours, en a fait une entité sous le titre de *folie névropathique*. (Voy. *année* 1869.) Mais le professeur Charcot la distingue simplement par ses caractères ou ses symptômes permanents, qui sont : hyperesthésie ovarienne, hémi-anesthésie générale et spéciale, et accidents convulsifs à retour périodique constituant les attaques ou accès.

Si divers, multiples et désordonnés que soient les traits de ces attaques, M. Charcot les synthétise dans les quatre périodes suivantes :

Période épileptoïde, ressemblant à s'y méprendre à l'attaque d'épilepsie vraie avec convulsions toniques, cloniques, puis stertor. Des tracés sphygmographiques pris sur l'avant-bras par MM. Regnard et Richer avec le myographe de Marey ont permis d'enregistrer et de rendre évidentes ces trois phases distinctes. Après quelques instants de phénomènes convulsifs variables et l'aura hystérique : — mouvement précipité des paupières supérieures, ondulation rapide du ventre avec borborygmes bruyants, tremblement général ou partiel, respiration bruyante, précipitée, — la phase tonique éclate avec mouvements analogues à ceux de l'épilepsie partielle, secousses générales d'abord lentes, éloignées, se rapprochant de plus en plus, soulevant tout le corps ou l'un des côtés, sinon les membres supérieurs seuls. D'autres fois, la malade est immobilisée par la tétanisation musculaire portée à son comble dans l'extension complète et le décubitus dorsal. Bientôt la clonicité y succède par de rapides et brèves oscillations des membres ou des parties tétanisées qui vont en s'étendant, jusqu'à ce que la respiration, arrêtée, suspendue, se rétablisse. A la congestion de la face succèdent des contractions, des grimaces ; l'écume coule

en abondance, jusqu'à ce que le rétablissement de la respiration calme tout cet appareil effrayant. Enfin la résolution musculaire s'ensuit, et, après quatre à cinq minutes, l'accès est terminé, soit une minute à peine pour les deux premières phases.

Cette ébauche du tableau mérite à peine d'être terminée, car il varie suivant les malades et même les accès. Rarement deux se ressemblent absolument. Tout est mêlé, changé, modifié ; les grandes lignes seules subsistent, comme le montrent les tracés sphygmographiques de cette période, la plus grave de toutes.

Période des contorsions et des grands mouvements. Elle commence après le moment de calme qui suit le stertor. Des attitudes bizarres, comme l'arc de cercle, persistent pendant plusieurs minutes avec oscillations rapides et étendues de toute la moitié supérieure du corps sur l'autre ou d'un membre seul.

Période des attitudes passionnelles. Ainsi nommée, parce que les gestes et les poses expriment les hallucinations gaies ou tristes auxquelles la malade est en proie. Sa mimique expressive et les paroles qui lui échappent peuvent ainsi mettre l'observateur au courant des scènes qui se passent dans son esprit.

Période terminale. C'est le moment où la malade reprend connaissance, reconnaît les personnes, tout en persistant à divaguer sur l'objet de ses hallucinations et de son délire.

Le meilleur moyen de distinguer ces attaques de l'épilepsie, c'est d'appliquer la main sur la région ovarienne et de la comprimer. Aussitôt l'accès s'arrête, le muscle se relâche, et la connaissance revient immédiatement. Un courant électrique interverti produit le même effet, et la malade se réveille comme étonnée. Il n'est plus possible de confondre ainsi l'hystéro-épilepsie avec l'épilepsie vraie. (*Rev. mensuelle*, septembre.)

I

ICTÈRE. Il est souvent si peu prononcé que l'examen de l'urine est indispensable pour le diagnostic et l'institution

du traitement. On acquiert la certitude de son existence en traitant les urines par les réactifs suivants, d'après M. Hardy :

Chloroforme. Quelques gouttes dans une urine normale tombent au fond en tranchant par leur transparence cristalline. Par l'agitation, le chloroforme, en retombant au fond du vase, tranche par sa couleur mate sur la couleur jaune du liquide. Si l'urine est ictérique, elle est d'autant plus foncée qu'elle contient plus de bile.

Teinture d'iode. Elle détermine en haut une couleur violette, au-dessous une coloration vert-mer, tandis que la troisième couche inférieure, formée par l'urine, est jaune.

Acide nitrique. Par l'agitation, le mélange prend une couleur vert-bouteille qui passe ensuite à l'olive avec un aspect caractéristique.

L'ictère peut aussi être un signe du cancer du pancréas. (V. *ce mot.*)

Ictère des nouveau-nés. Sa fréquence est telle que, sur 248 enfants observés à la Maternité de l'hôpital Cochin, pendant les cinq derniers mois de l'année 1877, M. Porak n'en a vu que 50 y échapper. C'est donc le cinquième environ. 34 l'ont présenté au premier degré, 91 au second et 73 au troisième. 80 nouveau-nés sur 200 en sont atteints, à moins que les conditions d'accouchement et de soins à l'hôpital le rendent plus fréquent qu'en ville. Ce serait une comparaison curieuse à faire.

La distinction faite par M. Gubler de l'ictère en hémaphéique et biliphéique, d'après les caractères de l'urine, s'est confirmée chez les nouveau-nés. Sur les 198 enfants ictériques, la réaction du pigment biliaire dans l'urine ne s'est rencontrée que 3 fois chez des enfants qui sont morts. C'est donc un mauvais signe. Tous les autres cas étaient hémaphéiques avec urine d'un jaune plus ou moins ambré, teinte brunâtre et d'un faible pouvoir tinctorial. (*Revue mens. de méd. et chir.*, mai.)

Considérations sur l'ictère des nouveau-nés et sur le moment où il faut pratiquer la ligature du cordon ombilical, par le docteur Ch. Porak, brochure grand in-8° de 68 pages, librairie *Germer Baillière.*

Travail se rapportant essentiellement à la question soulevée dans ces dernières années sur la valeur de la section

tardive du cordon pour restituer le plus de sang possible au nouveau-né et résolue affirmativement par M. Budin. (Voy. *année* 1876.) L'ictère n'est étudié que comme un moyen clinique de la résoudre. 248 nouveau-nés ont été observés à cet égard et pesés à la Maternité de Cochin, du 1er août au 31 décembre 1877. 50 seulement n'ont pas jauni, et 34 n'ont offert cette coloration qu'à un faible degré, tandis que 164 l'ont présentée à un degré prononcé. Or, des 84 premiers, 39 ayant gagné du poids du 8e au 10e jour de la naissance, et 22 seulement en ayant perdu, tandis que, des 164 ictériques, 55 en ont perdu et 52 en ont gagné, l'auteur conclut que, l'ictère déterminant la perte prolongée du poids, c'est un signe morbide, et qu'il peut servir de critérium de la valeur de la ligature tardive du cordon, bien mieux que le poids total du corps.

Étant démontré que, sur 76 ligatures immédiates ou faites dans les deux minutes de la naissance, 10 seulement ont été suivies d'ictère prononcé, tandis qu'il y en a eu 50 sur les 114 ligatures tardives ou faites deux minutes après la cessation des pulsations du cordon, il l'est de même que celles-ci, en aggravant l'ictère, nuisent essentiellement à la santé de l'enfant. Elles favorisent en outre les hémorrhagies. D'où la conclusion que la ligature faite dans les deux minutes après la naissance, c'est-à-dire dès que les artères ombilicales cessent de battre, est la meilleure pratique, la plus utile à l'enfant, et qu'il n'est pas dangereux, en cas d'asphyxie du nouveau-né, de faire même une légère saignée du cordon, comme nous l'avons dit en 1876.

Voilà donc deux jeunes expérimentateurs également bien placés et animés également du désir de la vérité, arrivant à des conclusions diamétralement opposées. C'est que le premier est parti de cet *a priori* qu'il fallait conserver le plus de sang possible au nouveau-né comme à l'adulte, tandis que le second a recherché spécialement les effets en résultant au point de vue clinique. Celle-ci doit donc juger la question bien plus tôt que ces expériences, ces pesées, où l'enfant court grand risque de se refroidir et même de mourir, comme la remarque en a été faite par M. Polaillon.

INJECTIONS. Injections hypodermiques de morphine. En vertu de l'action congestive de l'opium sur le cerveau,

elles seraient indiquées et efficaces, d'après le docteur H. Huchard, toutes les fois que le cerveau est anémié, soit par diminution de la masse du sang par hémorrhagie, consomption, anémie, fièvre typhoïde ou autre maladie longue, soit par obstacle à la circulation locale, comme dans certaines affections organiques du cœur et surtout celles de l'aorte, insuffisance ou rétrécissements en particulier. Bien appliquées, elles dissipent rapidement les vertiges, les lipothymies, les syncopes, la dyspnée de cause centrale par l'action congestionnante de l'opium sur le cerveau. Un homme, arrivé au dernier degré d'une insuffisance aortique et presque mourant, éprouvait une amélioration très-sensible à chaque injection de deux centigrammes de morphine. La face pâle s'animait, la respiration se calmait, et les contractions cardiaques devenaient plus fortes et régulières. Sa vie fut ainsi prolongée pendant trois mois.

Action eupnéique. La dyspnée d'origine nerveuse par ischémie encéphalique ou bulbaire, et les autres accidents résultant des troubles du pneumo-gastrique, en sont également justiciables. Tels sont les phénomènes gastriques et dyspnéiques des phthisiques combattus efficacement par ces injections qui agissent plus rapidement que la morphine ou l'opium administrés à l'intérieur. On peut ainsi adoucir les souffrances, les angoisses de la fin et prolonger dans le calme, pendant des jours et des semaines, la vie des malades. (*Journ. de thérap.*, 1877.)

Et telle est la propension du médecin à étendre les applications d'un remède, comme d'un pansement, d'un instrument ou d'un procédé, dès qu'il en a constaté les avantages et qu'il y a attaché son nom ou plutôt dont il a l'habitude, que M. Huchard a fait des injections hypodermiques morphinées presque un spécifique de l'asthme essentiel, à l'égal de l'iodure d'éthyle. Et cependant le professeur Sée avait dit, en vantant de nouveau celui-ci, que l'opium, en diminuant les sécrétions bronchiques, en empêchant le ramollissement de l'exsudat et finalement son expulsion, n'était pas parfaitement indiqué.

Ce qui n'empêche pas M. Huchard de montrer, par des faits authentiques, que les injections morphinées calment presque instantanément les plus violents accès d'asthme

nerveux, essentiel, sec, sans catarrhe bronchique ni emphysème bien entendu.

Deux femmes observées par M. Potain, et que les moyens ordinaires laissaient dans un état de dyspnée et d'orthopnée effrayant, éprouvèrent comme une résurrection d'une injection d'un centigramme de morphine. Dix minutes après, la respiration devint plus régulière, plus facile, ainsi que la parole, le sommeil calme et paisible, et les accès d'asthme ultérieurs furent ainsi jugulés par ces injections. Deux autres asthmatiques de M. Huchard en furent de même soulagés. Outre son action hypnotique, la morphine a donc une action eupnéique incontestable : elle fait respirer et dormir à la fois.

Et il est d'autant plus fondé à admettre cette action sédative sur le système nerveux que le docteur Vibert (du Puy) en a obtenu la même efficacité, et que les injections d'atropine, si astringentes, ont également réussi. Leur action topique a, dans l'asthme, un effet bien plus immédiat et direct que les mêmes substances prises à l'intérieur. (*Soc. clinique* et *Union méd.*, n°s 86, 87 et 121.)

Tout en confirmant ces effets de l'opium et la morphine, M. Ferrand n'en comprend pas aussi simplement le mécanisme. Ce n'est pas seulement à l'anémie cérébrale qu'il faut avoir égard pour les employer. Là n'en est pas la principale indication. Elle est surtout dans l'hyposthénie qui en résulte et qui joue, suivant lui, le rôle important dans la pathogénie des accidents à combattre. Il faut donc distinguer pour ne pas subir de mécomptes. (*Union méd.*, février.)

V. Cancer, Épilepsie, Hémorrhagies, Hystérie.

INSOLATION. Effet de l'action directe des rayons solaires et désignée sous le nom de *coup de soleil*, elle ne doit pas être confondue avec le *coup de chaleur*, résultant de la température élevée de tout le corps et caractérisé par l'altération du sang qui en résulte, tandis que le coup de soleil agit primitivement sur le cerveau seul. L'insolation s'observe ainsi principalement dans les pays tempérés, et le coup de chaleur dans les pays chauds. Distinction essentielle à faire pour le pronostic, la prophylaxie et le traitement. Rendant compte des cas d'insolation observés à la revue du 1er juillet 1877, le docteur Lacassagne reconnaît ainsi trois degrés

différents du coup de soleil, d'après les symptômes et surtout la gravité.

Le premier est le plus fréquent et le plus léger ; il se présente sous trois formes différentes : *asphyxique*, caractérisée par la lassitude, douleurs dans la poitrine, dyspepsie, puis syncope avec congestion faciale ; *syncopale*, avec chute subite, douleur à la base de la poitrine, sans toux, ni crachats, ni dyspnée, et pâleur de la face ; *mixte*, caractérisée par la lassitude, la céphalalgie, la faiblesse et l'oppression. Il suffit, dans tous ces cas, que les malades se retirent des rangs, qu'ils se débarrassent, se déshabillent et se couchent, pour être remis le lendemain après un sommeil réparateur. Une douleur épigastrique et la constipation constatée chez la plupart de ces malades semblent indiquer un trouble des voies digestives comme prédisposant à cet accident.

Le deuxième degré se rapproche de la forme syncopale. Il est marqué par la perte de connaissance, la pâleur de la face couverte de sueur avec respiration fréquente, courte, pénible, battements de cœur faibles, imperceptibles, pouls fréquent, petit et inégal. L'un de ces malades a eu une fièvre consécutive avec constipation opiniâtre pendant plusieurs jours. Il peut même survenir de la cholérine ou l'aliénation mentale.

Les accidents du troisième degré peuvent résulter du précédent chez certains individus prédisposés, nerveux, qui résistent et ne se retirent pas aussitôt des rangs. On voit alors éclater des convulsions épileptiformes avec face blême ou livide, regard fixe, pouls insensible, peau froide, visqueuse ; absence de respiration. Ces accidents sont souvent mortels, et l'autopsie a montré qu'il s'agit alors de congestion pulmonaire et méningée, et même de foyers apoplectiques.

Il y a évidemment, dans ces accidents mortels, action unie de la chaleur générale à celle de l'insolation. Les altérations anatomiques sont ainsi mixtes. (*Union méd.*, nos 5, 6, 9, 10 et 23.)

IODISME PÉTÉCHIAL. L'histoire qui en a été faite l'année dernière par M. Fournier n'a pas manqué de fixer aussitôt l'attention et d'amener de nouvelles observations. Le professeur Durhing, de Philadelphie, a relaté ainsi un

exemple de cette exception sur les mains, les bras, les fesses et les pieds d'une malade qui prenait de l'iodure de potassium pour un eczéma. C'étaient des vésicules de toute grosseur, depuis celle d'un pois, et formant des bulles par leur confluence. Comme dans la *dysidrosis*, elles contenaient un liquide clair, séreux, sur une base hyperémiée ; elles devenaient ensuite semi-opaques et se desséchaient sans croûtes. Il suffit de cesser l'usage de l'iodure pour voir disparaître cette éruption. (*Philadelphia Reporter*, 1877.)

Il n'en fut pas de même chez un enfant de cinq mois, présentant une syphilis congénitale, auquel le docteur Mackensie ordonna une solution d'iodure de potassium à deux grains et demi par dose. Trois quarts d'heure après avoir pris la première, la face devint noirâtre, et on le porta à l'hôpital trois heures après. Toute la face était gonflée, d'un rouge pourpre, les paupières fermées par l'extravasation du sang; les lèvres et le cou, gonflés, étaient noirâtres. Taches de purpura sur les pommettes, s'étant étendues ensuite aux bras, avec quelques pustules avortées sur le corps. Tout cet appareil augmenta le lendemain, et l'enfant mourut soixante-huit heures après avoir pris le médicament.

L'autopsie confirma l'existence de la syphilis congénitale sans autres lésions. La solution prescrite fut analysée et ne contenait en effet que la dose d'iodure indiquée. A moins qu'il n'y ait eu coïncidence avec un état grave de la syphilis, on ne s'explique pas une action pareille d'une si faible dose. (*Med. and chir. Society*, 28 mai.)

J

JURISPRUDENCE. *Anesthésie par les dentistes*. V. ANESTHÉSIE.

Autopsies. Un médecin d'hôpital a-t-il le droit de la pratiquer sans le consentement de la famille du défunt ? Telle était la question soumise au tribunal civil de Montpellier. Il a repoussé la demande de la famille à condamner le professeur E... à des dommages-intérêts, simplement parce

qu'elle n'avait pas réclamé le corps explicitement dans les délais voulus et fixés par le règlement, mais sans discuter si le directeur de l'hôpital était responsable en pareil cas ou le médecin. La question reste donc *sub judice*.

Expertises en Amérique. Le juge Clark, du Texas, a émis cette opinion que le médecin ne peut être contraint à négliger ses malades pour se présenter devant la justice comme expert sans indemnité. Aucune loi, dit-il, ne peut forcer un docteur à déposer devant la cour malgré sa volonté.

La cour suprême de l'Alabama a décidé qu'un médecin peut être appelé comme témoin et obligé de donner une opinion médicale sans compensation. Au contraire, il est exposé à une amende s'il se refuse à témoigner gratuitement. Voilà comme la liberté du médecin est interprétée aux États-Unis et comme la valeur de son savoir est appréciée.

K

KYSTES. *Pathogénie.* A propos de la formation des kystes folliculaires multiples des mâchoires, M. Magitôt a émis des doutes sur la réalité des kystes des os. Pour lui, le mal kystique n'affecte pas tous les tissus. Une cavité close ou du moins une paroi membraneuse est indispensable à sa production. Les cavités normales et accidentelles, les organes à parois, comme l'ovaire et l'ovule, les culs-de-sac glandulaires accidentellement oblitérés, les lambeaux invaginés d'un feuillet blastodermique sont dans ce cas, tandis que le tissu osseux échappe à cette pathogénie, car il n'a ni cavités, ni parois membraneuses propres. Tout kyste essentiel est donc toujours progène. La variété néogène, c'est-à-dire des os, n'est pas démontrée, et c'est pourquoi ceux des mâchoires proviennent soit du follicule dentaire, soit du périoste. Que ce follicule se déplace, et le kyste apparaît au point où celui-ci évolue, la fosse temporale ou la cavité crânienne, sinon le sinus maxillaire. (*Soc. de chir.*, juillet.)

Électrolyse. Ce moyen est employé au Canada et aux États-Unis pour obtenir non-seulement la résorption des

tumeurs solides, mais des kystes. Le docteur Semelder en a rapporté huit succès, dont trois obtenus à Montréal. Le docteur Wheeler en a relaté un autre, et le docteur Marcy un dixième à la Société médicale du district de Suffolk. C'était chez une femme de 24 ans, ayant un kyste uniloculaire de l'ovaire gauche s'étendant jusqu'à l'ombilic. Plusieurs séances d'électrolyse de dix minutes, deux fois par semaine, suffirent. La fluctuation diminua graduellement avec la tumeur, et, après six à huit séances, elle était beaucoup plus ferme, dure et considérablement réduite. Elle n'était pas augmentée six semaines après la cessation de ce traitement. (*Boston med. and surg. journal*, juillet.)

Kystes folliculaires des mâchoires. Leur gravité s'affirme à mesure qu'on les connaît mieux et que l'on en distingue les cas. Aux faits de MM. Magitôt et Duplay, le docteur Herbet, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Amiens, en joint deux autres, observés chez des femmes qui, pendant de longues années, ont eu à en souffrir. Chez l'une, ce furent des abcès répétés s'ouvrant dans la bouche et à l'extérieur, depuis l'âge de 5 ans jusqu'à 25. Une ouverture pratiquée fit reconnaître une poche remplie d'un liquide citrin. Un corps dur adhérent à la paroi se trouvait au fond. C'était une dent molaire, qui fut extraite. Un drain fut placé en permanence. Ce drain ayant été retiré trop tôt, une nouvelle tumeur se forma au siège primitif du kyste. Elle mesurait 18 centimètres d'avant en arrière et 17 de haut en bas. L'os était si désorganisé que l'ablation complète en fut pratiquée. 12 loges communiquant ensemble tapissaient l'intérieur de cette cavité. C'était donc un kyste multiloculaire.

C'est seulement dix ans après avoir reçu un coup de pied de cheval à l'angle gauche de la mâchoire qu'une tumeur dure apparut chez la seconde femme. Elle avait 18 ans. En deux ans, elle acquit le volume d'un œuf de dinde, limitée par une coque osseuse dépressible sur un point, comme les os du crâne d'un fœtus. L'ouverture dans la bouche y montra de même une dent molaire qui fut extraite et dont les racines étaient recourbées sur elles-mêmes. Trois mois après, la tumeur était fermée.

Mais à défaut d'un drainage suffisamment prolongé, comme dans le premier cas, la récidive eut lieu. Dix-huit

mois après, la tumeur avait le volume du poing, et il fallut enlever toute la branche gauche de la mâchoire inférieure. (*Soc. de chir.*, juin.)

Ces exemples montrent donc le soin à apporter de bonne heure à ces kystes et les dangers qui en sont la conséquence.

Kystes abdominaux. Leur siège varie tellement qu'il est bien difficile de le fixer avec précision, sinon par l'autopsie. Le nom générique d'hydropisie enkystée, donné par Morgagni, leur a été ainsi conservé dans le Dictionnaire encyclopédique. C'est bien vague et les faits récents de M. Richet permettent d'être un peu plus précis. (V. *année* 1877.) Mais tant que le malade vit, on ne peut guère en indiquer le siège que par la cavité qu'ils occupent. Leur fréquence et leur gravité les feront sans doute distinguer par la suite.

Un cas en a été observé par M. Duplay à l'hôpital sur un charretier de 30 ans, dont le ventre fut contus par le timon de sa charrette. Péritonite consécutive, puis hydropisie enkystée contenant deux litres de sérum hépatique. Ponction suivie de récidive, puis injection iodurée amenant la guérison en six mois. (*Arch. de méd.* janvier.)

Le phénomène clinique de la *migration en masse* par la palpation est donné par M. Ramonet, médecin major, comme un signe de kyste sous-péritonéal, d'après l'exemple observé sur un jeune soldat pris subitement de douleurs sourdes et vagues dans le ventre. Une tumeur globuleuse, mate, rénitente, irréductible, est rencontrée à la place de la vessie, un peu plus à gauche qu'à droite. On croit à une rétention d'urine, mais le cathétérisme ne la diminuant pas, on pratique, le soir même, une ponction aspiratrice qui donne 380 grammes de liquide brun, couleur café au lait.

Ce garçon n'avait jamais souffert du ventre et se rappelait avec peine avoir reçu un violent coup de pied dans le bas-ventre six ans avant.

La récidive fut immédiate et une ponction pratiquée quinze jours après donna 500 grammes de liquide lactescent. 800 grammes s'en écoulèrent un mois après et, malgré une injection consécutive d'alcool, le liquide se reproduit de nouveau. La quatrième ponction est suivie d'une injection iodurée, mais, malgré une inflammation intense et tous les phénomènes d'une péritonite localisée, la tumeur se repro-

duisit et donna du pus dans trois ponctions rapprochées de quelques jours. Le malade maigrissant et s'anémiant fut réformé et sortit de l'hôpital avec une tumeur encore grosse comme le poing. (*Recueil de méd. et chir. militaires*, octobre.) On ne peut donc guère en fixer le siège dans le tissu cellulaire sous-péritonéal plus qu'ailleurs.

Rupture par la palpation. Une femme ayant eu deux enfants et quatre fausses couches, dont la dernière, assez laborieuse, remontait à six ans, se présente au dispensaire du docteur Chadwick, à Boston, le 8 octobre 1877, se plaignant d'une métrorrhagie légère depuis six semaines avec douleurs dans le bassin, constipation et hémorrhoïdes. Au toucher, l'utérus est immobilisé en antéversion par une induration générale des tissus et une masse irrégulière, de consistance variable, formant une saillie arrondie dans la région ovarienne droite, donnant la sensation d'un kyste à parois si minces, qu'il semblait dangereux de le rompre par la manipulation. Obliquement en arrière et à droite du col, était un corps dur, immobile, arrondi, simulant l'ovaire. Une inflammation du tissu cellulaire fut diagnostiquée avec hydropisie de la trompe de Fallope ou un épanchement enkysté du péritoine.

Quatre jours après, la malade se représenta, un peu soulagée. Pendant un examen pelvi-abdominal fait avec précaution, l'index repoussant la saillie du côté droit de l'abdomen, tandis que la main percevait une grande partie de la masse au-dessus de l'utérus, la poche se rompit soudainement. L'expression de la malade ne changea pas cependant, et aucun écoulement de liquide n'eut lieu.

A la visite du lendemain, M. Chadwick, au lieu des symptômes de péritonite qu'il redoutait, ne trouva que des troubles gastriques et un météorisme douloureux. Le 28 novembre suivant, le liquide ne s'était pas reproduit, l'induration cellulaire était disparue et l'utérus avait presque repris sa mobilité naturelle. Des règles abondantes sont venues depuis, et cette femme jouissait six mois après d'une bonne santé. (*Boston med. and surg. journal*, n° 16.)

Kystes de l'ovaire. *Confusion avec ceux du rein par la cellule caractéristique.* Ce signe s'est montré en flagrant dé-

faut là même où son infaillibilité a été proclamée, il y a moins de cinq ans, sur la foi du plus célèbre ovariotomiste américain, Atlee. (Voy. *année* 1874.) Une célibataire de vingt-six ans, dont la menstruation s'était suspendue pendant un an, de 18 à 19 ans, ayant vu son ventre grossir à vingt-un ans, avec douleur et chaleur, fut reconnue atteinte d'une tumeur dans la région lombaire droite, s'étendant dans le bassin et entièrement séparée de l'utérus. Une ponction permit d'aspirer six onces d'un liquide épais, glaireux, incolore, dans lequel le docteur Danforth constata la *cellule ovarienne*. Un kyste de l'ovaire droit fut ainsi diagnostiqué, et l'extraction en fut pratiquée par le docteur Jackson. L'opérée mourut le même jour, et l'autopsie, faite par le docteur Steele une heure et demie après, montra le pédicule formé de l'artère rénale, de veines et de nerfs. Ces vaisseaux étaient plus petits qu'à l'état normal. L'uretère droit était rempli d'une matière épaisse, caséeuse, purulente. C'était un kyste dégénéré du rein droit qui avait été extrait par méprise. Le rein gauche et l'uretère étaient triplés de volume, et les deux ovaires étaient le siège de chacun un petit kyste.

Comment une telle méprise a-t-elle pu être commise, après que la cellule granuleuse, regardée comme le caractère infaillible des kystes de l'ovaire par la plupart des ovariatomistes américains, avait été constatée par le docteur Danforth, qui l'avait rencontrée constamment dans 15 à 20 examens microscopiques précédents? C'est ce qu'il a expliqué dans une leçon faite à l'hôpital de Cook, à Chicago, en soumettant les pièces anatomiques à ses élèves. Les kystes de l'ovaire sont presque toujours, dit-il, sinon toujours, le résultat de changements survenus dans les vésicules de Graaf, doublées de leurs propres cellules épithéliales, qui ont à remplir évidemment un rôle dans l'ovulation. Or, si au lieu d'une ovulation normale, il y a dégénérescence kystique, ces cellules se multiplient et subissent rapidement la dégénérescence graisseuse. De là leur état granuleux variant de forme et de volume, sans nucléole, toujours détruit par la dégénérescence graisseuse, bien que parfois on puisse en faire reparaître des linéaments par la réaction du carmin naissant ou tout récemment préparé. Les cellules granulaires ne sont donc en réalité que les cellules

épithéliales des vésicules de Graaf, détachées avant leur développement complet et ayant subi la métamorphose graisseuse. Leur transparence dépend du sérum albumineux où elles tombent et séjournent. Les kystes eux-mêmes ne sont que les vésicules de Graaf distendues, entourées d'une plus ou moins grande quantité du stroma fibreux de l'ovaire, distendu et épaissi de même, et contenant une multitude de leurs propres cellules épithéliales aux divers degrés de développement, mais toujours granuleuses.

Le même état de choses se rencontre dans le rein kystique. Le rein n'est pas seulement composé de tubes empilés et serrés comme pour économiser l'espace. Ces tubes sont encore doublés de cellules épithéliales analogues à celles des vésicules de Graaf, et qui ont la même origine entre le feuillet moyen de la membrane germinale, à une période très-rapprochée de son développement intra-utérin. Elles sont donc essentiellement soumises aux mêmes lois de développement, à des conditions pathologiques identiques, aux mêmes lois de dégénération.

La connaissance de ce fait seul suffit à faire prévoir les résultats constatés. Dans l'hydronéphrose, il y a une rétention lente et graduelle de l'urine, causée par un obstacle à son élimination, d'où la distension du bassinet. Puis les pyramides sont repoussées, les calices distendus, et tout l'organe devient un sac lobulé. Graduellement déformé, effilé, il ressemble à un gros rein fœtal ou au patron du rein des mammifères inférieurs. En même temps, la circulation, gênée, s'arrête partiellement; la nutrition s'altère, et la dégénérescence graisseuse des cellules épithéliales des tubuli comprimés, altérés, en est la conséquence pathologique. La veine rénale étant aussi plus facilement comprimée que l'artère, les glomérules de Malpighi s'injectent mécaniquement, et la transsudation du sérum amène ainsi l'hydropisie rénale. Et si le liquide provient d'une hydronéphrose non compliquée, il contient des cellules granuleuses semblables à celles de l'ovaire. Leur identité était ainsi complète dans le cas précédent. (*Boston med. and surg. journ.* n° 6.)

Le diagnostic des kystes de l'ovaire n'est donc plus absolument infaillible par la cellule caractéristique que l'on constate dans le liquide, comme ce fait le prouve. Ceux du rein peuvent en contenir une semblable; mais c'est le seul

organe dans cette région du corps qui puisse donner lieu à cette méprise.

Coïncidence avec la hernie ombilicale. Voy. Ovariotomie.

Mort subite par embolie. Voy. ce mot.

Kystes du foie. Outre les deux espèces admises : kystes hydatiques et kystes biliaires, une troisième tend à être distinguée : les kystes coexistant avec la cirrhose, signalés par MM. Gombault et Charcot comme paraissant étrangers à la première et à la seconde. Un cas en a été ainsi observé à l'Hôtel-Dieu de Lyon par M. Courbis, qui en a fait une étude spéciale. Le malade présentait en même temps toutes les altérations d'une sclérose hépatique, et cette lésion paraissait une conséquence de l'hépatite chronique. Aucune trace d'élément biliaire n'existait dans les collections liquides après un examen minutieux, et jamais, dans les kystes d'origine biliaire, on ne la trouve complètement absente. D'ailleurs ces kystes étaient sans communication avec les voies biliaires. Il faut donc chercher l'explication de leur développement ailleurs.

L'étude microscopique a montré à l'auteur que l'inflammation qui précède la cirrhose détermine, en même temps que la prolifération du tissu conjonctif, l'hypergenèse du tissu épithélial des canalicules biliaires, qui, à un certain degré, produit les tumeurs kystiques observées.

Au premier degré de cette hypergenèse, les nouvelles travées fibreuses sont sillonnées de cellules épithéliales agglomérées, formant des cordons cylindriques, dont l'aspect rappelle tout à fait l'état des tubes glandulaires dans une glande en voie de formation chez l'embryon ; ce sont des canalicules biliaires de nouvelle création, se développant par la prolifération du bourgeonnement de l'épithélium des anciens canaux.

Plus tard, les cellules centrales subissent la dégénérescence muqueuse et se transforment en une masse finement granuleuse. On trouve alors, au lieu d'un cordon plein, un tube dont les parois sont formées de cellules épithéliales non encore dégénérées et contenant une substance analogue au mucus, sans aucune trace d'élément biliaire. Le nouveau

canalicule, formé en dehors des anciens canaux biliaires, se remplit ainsi par la suite d'un exsudat séreux ou séro-muqueux qui le distend, le dilate au point de former les kystes observés.

Les mêmes transformations ont été observées dans les reins atteints simultanément des mêmes kystes, comme c'est souvent le cas. (Voy. *année* 1877.) Telle serait pour l'auteur, comme pour Cornil et Ranvier, l'origine épithéliale, véritables aberrations glandulaires qu'il rapproche des adéno-sarcomes.

Contribution à l'étude des kystes du foie et des reins et des kystes en général, par le docteur E. Courbis, ex-interne des hôpitaux. Paris, 1877, in-8 de 64 pages avec une planche lithographiée.

Mort subite après la ponction. Cet accident est arrivé à M. Bryant, comme à M. Martineau. (Voy. *année* 1875.) C'était chez un homme de 40 ans qui, depuis trois ans, portait une tumeur occupant tout le côté droit de l'abdomen et débordant la ligne blanche de deux pouces à gauche. Cet extrême volume en était le seul inconvénient. Le 21 janvier dernier, une ponction fut faite avec un trocart capillaire, qui donna issue à neuf onces d'un liquide hydatique clair, sans vider le sac. Aucune douleur ni trouble n'en résulta; mais, dès que la canule fut retirée, la face de l'opéré prit une teinte scarlatiniforme, avec une violente douleur dans les mâchoires. La face pâlit bientôt, avec vomissement et respiration stertoreuse, et, en cinq minutes, la mort était définitive.

Une paralysie réflexe du pneumo-gastrique pouvait donc bien être invoquée ici, comme dans les cas de M. Martineau, pour expliquer la mort. Mais un immense kyste hydatique, comme une tête d'homme, fut rencontré à l'intérieur du foie, rempli d'un liquide légèrement sanguin. La veine porte passait au-devant, et le trocart avait transpercé l'une de ses grandes collatérales. La veine-cave inférieure était aussi oblitérée en partie par la compression du kyste et ses parois adhérentes. C'étaient les seules lésions. (*Clin. Society of London*, mai.)

Un examen critique des différents procédés employés pour l'ouverture des kystes hydatiques a conduit le docteur Ricklin à n'en adopter aucun exclusivement, mais à y re-

courir suivant les circonstances, à l'exception de la ponction simple exploratrice ou curative et les injections irritantes qu'il rejette absolument comme trop dangereuses pour le peu de profit qu'elles peuvent donner. Voici l'indication des autres procédés.

Ponction capillaire aspiratrice dans les cas douteux ou peu marqués.

Emploi du caustique, large et espacé, quand l'ouverture est rendue nécessaire, car on peut ensuite l'agrandir à volonté, suivant les indications, en variant les procédés et en permettant de panser le kyste à fond.

Incision en deux temps de Bégin, si le kyste est profond ou multiple.

Ponction avec le gros trocart, quand il y a compression du kyste ou purulence. L'incision simple peut le remplacer si des adhérences existent. (*Archiv. de méd.*, septembre.)

Kystes thyroïdes. Voy. Goitre.

Kyste bénin du cubitus. *Injections iodées.* Une institutrice de cinquante ans portait, depuis plusieurs années, à l'avant-bras droit une tumeur osseuse qui, en augmentant graduellement, menaçait de l'empêcher d'écrire. Elle s'étendait depuis un centimètre au-dessous de l'olécrâne jusqu'à deux centimètres au-dessus du poignet. Dure et résistante, sauf aux deux extrémités, où la fluctuation est manifeste, elle donne à l'avant-bras le triple de son volume avec des douleurs sourdes. La rareté des kystes bénins des os et l'âge de la malade firent conseiller la ponction par M. Ollier. Le 10 juillet 1870, une ponction est faite par le docteur Carle, qui donne un demi-verre d'un liquide épais, citrin, demi-transparent, avec des gouttelettes graisseuses. La tumeur ne diminuant pas ensuite, il pratiqua, matin et soir, des injections aqueuses avec un tiers de teinture d'iode. Une vive inflammation en résulta bientôt; du pus phlegmoneux s'écoula en abondance, et ce n'est que plus de quinze mois après qu'il se tarit. Mais la tumeur diminuait graduellement, et la guérison était complète au mois de mai 1872, avec deux profondes dépressions au niveau des fistules. Les fonctions du bras sont restées parfaites. (*Lyon méd.*, n° 27.)

L

LARYNX. *Persistance de la voix après l'excision des cordes vocales.* Un laboureur de 49 ans souffrait, depuis sept à huit mois, de douleurs intenses dans le côté gauche de la poitrine avec orthopnée, raucité de la voix, sans toux et émaciation. Entré à l'hôpital, il présente au laryngoscope une tumeur verruqueuse, grosse comme une noisette, avec un large pédicule sur la commissure antérieure du larynx. Ne pouvant l'exciser par les voies naturelles, M. Lister pratique la cricotomie, le 23 novembre 1877, et trouve plusieurs verrues recouvrant les cordes vocales. L'incision est dès lors prolongée en haut, après fixation préalable d'une canule dans la trachée, et, le cartilage thyroïde divisé, la tumeur est entièrement excisée avec les cordes vocales et la plaie cautérisée avec le chlorure de zinc. Un fil métallique réunit ensuite le cartilage, et les lèvres de la peau furent suturées par dessus. La canule fut retirée six heures après, lorsque tout suintement sanguin eut cessé, et, en huit jours, l'opéré se sentait mieux qu'il n'avait été depuis longtemps, par la facilité de sa respiration et de sa voix.

Soumis à la Société clinique de Londres, le 22 février, cet opéré montra qu'il pouvait non-seulement tousser, mais parler à voix basse, comme tout le monde, malgré l'absence de ses cordes vocales, ce que M. Lister attribue à la vibration des replis ary-épiglottiques. Des expériences personnelles, remontant à 1861, lui ont montré que les cartilages arythénoïdes, en se mouvant latéralement, d'après Czermak, peuvent être ainsi amenés à la base de l'épiglotte, de manière que la membrane muqueuse forme entre eux une sorte de valvule vibrante. Le stertor qui s'entend pendant la chloroformisation, dans certains cas, serait dû à la vibration de ces replis. Il suffit de les effacer en attirant fortement la langue hors de la bouche pour le faire cesser en livrant un plus libre passage à l'air. Il considère ainsi l'obstacle qu'ils forment comme la cause de la toux. Et ils peuvent de même servir à la parole, car, si un son stertoreux résultant de l'obstruction de ces replis peut être volontairement produit, pourquoi n'en produirait-on pas d'autres? Et, comme exem-

ple, M. Lister prononça lui-même quelques mots à voix basse, produite par la vibration des replis arythéno-épiglottiques, en remarquant que cette sorte de voix ressemblait à celle qui a lieu sous l'influence des émotions morales. Et le fait est que l'opéré, après ces explications, put tousser naturellement et parler d'une voix creuse, aigre et monotone, parfaitement intelligible pour tout l'auditoire. C'est donc là un nouveau point important acquis à la physiologie vocale. (*Lancet*, 9 mars.)

Larynx artificiel. Une curieuse audition expérimentale avec cet instrument a eu lieu le 11 janvier à la Société de médecine de Londres. Elle était dirigée par le docteur Foulis sur l'opéré auquel il a pratiqué la résection du larynx. (Voy. *année* 1877.) Un grand concours de *fellows* et de visiteurs s'était rendu à cette exhibition pour être témoins des résultats de cette opération nouvelle et du succès de ce nouvel appareil vocal. C'est un perfectionnement du larynx artificiel de Gussenbauer, dont voici la description :

Il a la forme d'une canule à trachéotomie avec un tube vertical adapté à la partie horizontale. Le bout supérieur passe au-dessus de l'épiglotte, et le tube inférieur plonge dans la trachée. Une anche vibrante est insérée dans le tube inférieur et peut être introduite et changée par le patient lui-même, tandis qu'elle est placée dans une boîte contenue dans le tube vertical dans l'appareil de Gussenbauer. Le docteur Irvine en est l'inventeur.

Le timbre ou la qualité de la voix produite avec cet appareil varie selon le métal ou le bois qui forme l'anche. On en fabrique en argent, en vulcanite, en ivoire, en jonc, en buis, etc. C'est une confirmation que la qualité de la voix dépend de l'élasticité des cordes vocales. Le ton de la note est abaissé en passant dans la cavité orale, comme l'audition de l'opéré l'a démontré. Les sons des voyelles étaient sans variation de ton avec une anche en argent allemand. En y substituant une anche en vulcanite, la voix donna une différence considérable dans la qualité de la note. La voix est parfois monotone, et des anches un peu épaisses sont nécessaires pour crier, tandis que, pour les notes hautes, une anche de corne réussit mieux. Le ton s'accorde aussi suivant que la bouche est ouverte ou fermée.

Des expériences ultérieures seront d'ailleurs faites pour la modulation de la voix. De doubles anches pourront ainsi se prêter à la combinaison de deux notes.

Voilà donc un larynx perfectionné qui va permettre de tenter la résection du larynx avec conservation de la voix et de la parole. C'en est assez de ce succès pour la faire admettre dans la pratique. Aussi le docteur Morel Mackensie comprend que, après ce perfectionnement instrumental, elle est parfaitement justifiée, malgré sa mortalité élevée. Il suffit d'avoir vu l'anxiété causée par une obstruction du larynx pour reconnaître la valeur de cette opération radicale, surtout avec la suggestion de Bottini de se servir d'un couteau électrique pour prévenir l'hémorrhagie. Il la conseille donc non-seulement dans le sarcome ou cancer du larynx, mais aussi dans quelques cas de sténose syphilitique. (*Lancet*, janvier, n° 3.)

Laryngopathies syphilitiques. Elles peuvent apparaître à toutes les époques après l'infection, selon M. Krishaber, depuis quelques mois jusqu'à plusieurs années. Ces accidents sont aigus ou chroniques. Après un simple érythème des voies respiratoires, un catarrhe laryngé dont la spécificité n'est souvent révélée que par la gravité des accidents ultérieurs, il peut se développer, par suite d'un refroidissement accidentel, un œdème qui donne lieu de suite à des accidents formidables d'étouffement qui semblent réclamer immédiatement la trachéotomie. Dans ces cas, le traitement spécifique a une action prompte et parfois même absolument curative, comme l'auteur en rapporte plusieurs observations. Le danger ici, pour être plus immédiat, n'est pas le plus grave. Seulement il faut insister longtemps sur le traitement après la disparition des accidents, car les rechutes sont fréquentes. La liqueur de Van Swieten donnée les huit premiers jours du mois, et l'iodure de potassium les huit derniers pendant un an, sont nécessaires pour les prévenir et rendre la guérison définitive.

Bien plus graves sont les laryngopathies qui se développent lentement, comme les végétations syphilitiques, les rétrécissements cicatriciels, les tumeurs. La trachéotomie doit souvent être pratiquée si le traitement spécifique n'a pas une action immédiate. La meilleure prophylaxie consiste

donc à examiner ou faire examiner la gorge dès que des accidents suspects se déclarent. (*Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, n° 4.)

LARYNGOTOMIE INTER-CRICO-THYROIDIENNE. Voy. Goître, Trachéotomie.

LEUCOCYTHÉMIE. Ce mot indiquant la prédominance des éléments blancs du sang, c'est-à-dire des leucocytes ou globules blancs, ne peut évidemment désigner une maladie unique, spéciale, de la rate, puisque la leucocythose est une affection spéciale du sang qui se rencontre dans des maladies et des lésions très-diverses. De là le vague qui règne sur sa signification, malgré la distinction en leucocythémie splénique et leucocythémie lymphatique, spécialisée encore sous les noms de maladie d'Hodgkin, d'adénie, lymphome ou lymphadénome. Mais toute altération leucocytique du sang ne coïncide pas toujours avec une lésion de la rate ni des lymphatiques; le foie, l'intestin, la moelle des os peuvent être seuls atteints, et l'on ne sait même parfois où en placer le siège.

Une discussion solennelle, soulevée sur ce sujet à la Société pathologique de Londres, cette année, donne une certaine importance à ce groupe des maladies de nutrition du sang, confondues sous cette appellation. Elles ont ainsi été divisées en quatre espèces : leucocythémie splénique et leucocythémie par maladie d'autres organes, lymphome et anémie progressive. Mais, comme s'il était impossible de définir les différentes variétés des maladies des organes hématopoiétiques, on voit qu'il ne s'agit ici que des principaux types qui, en se confondant à l'infini, forment souvent un ensemble inextricable. S'il est possible de fixer un siège spécial aux trois premières espèces, où placer celui de la quatrième? L'altération du système lymphatique, beaucoup plus rare que celui de la rate, peut aussi avoir lieu ailleurs que dans les ganglions. Sur 97 cas de lymphadénomes, recueillis par le docteur Gowers à diverses sources, la rate était malade dans 77, dont 57 fois avec l'infiltration caractéristique et hypertrophie marquée dans les 20 autres. Dans 8 cas observés par le docteur Greenfield, la rate était intacte dans un seul, et, dans 5, l'infiltration était typique. L'observation de 9 cas

à l'hôpital London, relatés par le docteur Turner, montre que, dans 7, on rencontra, en outre, des tumeurs lymphatiques dans les reins, le foie, les intestins, et, dans les deux derniers, on n'a pu montrer que les autres organes en étaient exempts, à défaut d'examen.

Ces témoignages des principaux représentants des grandes écoles de Londres s'accordent donc à établir que le plus souvent la leucocythémie existait dans la rate. Le sang présentait seulement une anémie marquée dans les cas rares où elle siégeait exclusivement dans les ganglions. Quand la rate et les ganglions étaient pris simultanément, les statistiques ne montrent pas si la leucocythémie dépendait de l'infiltration typique ou de l'hypertrophie simple. Elle est donc au moins douteuse dans les simples engorgements ganglionnaires, comme Virchow l'a inféré de la différence des leucocytes dans ce cas.

Par cette nouvelle classification, l'école anglaise se montre animée des tendances actuelles à tout analyser, distinguer, séparer, par des nuances imperceptibles, des états morbides qui se confondent et qui ne sont probablement que de simples variétés d'une origine commune. On individualise chaque symptôme pour en faire une entité distincte, en prenant pour base des conditions toutes différentes, opposées même. Ici, c'est le siège de la lésion; là, la lésion même ou le symptôme. De là une leucocythémie splénique et une leucocythémie lymphatique qui se divise en leukémie et en anémie, ici suivant le degré de celle-ci, là d'après le nombre des leucocytes. Il y a de plus la leukémie associée aux lésions de la moelle des os et le lymphome simple.

Si ces distinctions arbitraires, artificielles et factices peuvent être utilisées pour l'enseignement clinique, nul doute qu'elles ne soient contraires et préjudiciables à l'esprit philosophique qui doit présider au traitement. Il serait préférable d'élargir notre point de vue sur tout le sujet et d'étendre nos investigations à toutes les branches du tronc commun dont elles émanent, en recherchant s'il n'y a pas une cause commune à toutes les variétés de la leucocythémie. Sans pouvoir en expliquer l'origine ni le mécanisme, on en viendrait probablement à regarder toutes ces maladies des organes hématopoiétiques comme l'expression locale d'une tendance constitutionnelle, se manifestant par une lente et

progressive nutrition morbide, comme dans le cancer, mais attaquant le tissu lymphatique en particulier. Ce serait une maladie constitutionnelle, d'un développement local, désignée en France sous le nom de *diathèse lymphogène*.

Mais la tendance à tout spécialiser est si forte en Angleterre que le docteur Goodhart, concluant de cette discussion qu'il était préférable de généraliser en recherchant les points de contact des différentes formes de leucocythémie, a été repris de sa témérité par sir W. Gull, disant que le but de la pathologie était d'individualiser et de différencier et non de généraliser.

LIGATURES. *Fils de baleine et de magnésium.* Au catgut, qui pouvait paraître le suprême du genre pour les ligatures perdues et le dernier perfectionnement, surtout étant phéniqué, voici deux fils pour un qui arrivent simultanément de l'étranger pour le remplacer. Le premier est formé d'une substance nouvelle : le tendon de baleine, qu'un médecin japonais, le docteur Ischiguro, a réussi à réduire en fils. Ils possèdent, suivant le docteur Baels, tous les avantages du catgut, sans les inconvénients de préparation, de conservation et de cherté surtout. Ils se conservent et s'appliquent aussi facilement que les fils de soie et sont plus simples, plus flexibles et solides que le catgut. Mais leur résorption étant plus rapide et plus complète, on se demande s'ils n'offrent pas le même danger des hémorrhagies consécutives pour les grosses artères. Les expériences faites en Allemagne répondront probablement à cette question. (*Arch. méd. belges*, juillet.)

Le fil de magnésium, d'après le docteur Huse, préviendrait absolument ce danger, car il ne s'altère ni ne se casse et est d'une ductilité à toute épreuve. Et, comme le magnésium brûlé ne donne que de la magnésie pure et simple, il n'y a pas à craindre que son contact ou son absorption produisent l'inflammation ou la septicémie des tissus. Il les préviendrait plutôt. Or, son oxydation s'effectuant sûrement sous l'influence de l'humidité et de la chaleur animale, et son absorption étant très-lente, suivant sa grosseur, il semble devoir réaliser, bien mieux que tous les autres, le *cito, tuto et jucunde*. Appliqué une fois sur l'artère radiale et dans

deux cas de varicocèle, il a tenu toutes ces promesses. C'est donc à tenter. (*Chicago med. journal*, août.)

LITHOTRITIE. La préférence à accorder à cette opération, toutes les fois que le volume de la pierre en permet l'exécution chez l'adulte, ressort avec évidence de la statistique suivante, présentée par sir H. Thompson comme le résultat général de sa pratique spéciale à Londres durant les vingt dernières années. Sur 500 calculs extraits chez 420 hommes au-dessus de vingt ans, la grande majorité en ayant de 50 à 70, et 40 à 50 ayant été opérés deux et trois fois, 32 décès sont seulement résultés de 422 cas de lithotritie, tandis qu'il y en a eu 29 sur 78 tailles. La différence est donc de 1 mort sur 13 opérés à 1 sur 2 3/4. Outre que cette statistique est la plus considérable fournie jusqu'ici par un seul spécialiste, elle donne des résultats plus favorables que celles des autres chirurgiens réunis : 61 décès sur 500 opérations. 422 cas semblables collectés dans la pratique des plus grands chirurgiens anglais : Cheselden, Martineau, Brodie et Fergusson, ont donné 69 décès, soit 1 sur 6 1/2 opérés, au lieu de 8 1/2 seulement. Ce résultat est donc une démonstration de l'avantage des spécialités, c'est-à-dire de la division du travail, et de la supériorité de la lithotritie sur la lithotomie.

En effet, en réunissant aux 422 lithotrities de M. Thompson 470 autres cas des statistiques particulières de Brodie, Fergusson, Liston, Keith et Cadge, on a un total de 892 avec 74 décès, en joignant même à ceux-ci les 3 morts de maladies du cœur retranchés par M. Thompson. La proportion moyenne de 1 décès sur 12 lithotrities, ou 8 pour 100, est ainsi fixée par M. Cadge, de Norwich, comme la mortalité de cette opération d'après la pratique anglaise.

Celle de la taille, au contraire, a été évaluée à 20 pour 100, ou 1 décès sur 5 opérés adultes, par M. Thompson. En collectant, dans les tableaux de Crosse, les cas de taille pratiquée à l'hôpital de Norwich avant l'introduction de la lithotritie, sur des calculeux au-dessus de 50 ans, comme les lithotritiés de M. Thompson, M. Cadge a trouvé une mortalité de 31 pour 100, ou un décès sur 3 1/2 opérés. Elle est bien moindre aujourd'hui dans cet hôpital. Sur 220 calculeux opérés par lui, 134 ont subi la taille, — 104 adultes et

30 enfants, — 86 seulement la lithotritie. C'est donc le contraire de la pratique de M. Thompson, et cependant les résultats sont à peu près les mêmes : 20 pour 100 des taillés adultes sont morts et 8 seulement des 86 lithotritiés.

C'est que, loin de pouvoir se remplacer, ces deux opérations ont leurs indications spéciales et exclusives. Si la lithotritie épargne bien des existences comparativement à la taille, au début du mal, chez les adultes ayant une petite pierre et une vessie saine, la taille réussit mieux chez les enfants et les vieillards, dans les cas compliqués surtout. Sur 108 tailles pratiquées dans les hôpitaux de Birmingham pendant les trois dernières années, notamment sur des enfants, le docteur West n'a trouvé que 7 décès sur 81 cas. M. Macnamara invoque également les succès qu'il a obtenus dans l'Inde, et M. Fayrer y oppose ceux d'un professeur natif de Calculta qui, sur 248 tailles, ne compte que 17 décès. Sur 275 tailles, le docteur Beketow, lithotomiste russe, n'a eu que 12 décès, d'après le *Medical examiner*, par la taille latéralisée. Ces résultats sont aussi satisfaisants que la lithotritie chez l'adulte.

Toute favorable qu'elle soit à la nouvelle opération, la statistique de M. Thompson n'a pas changé les convictions contraires de la plupart des chirurgiens anglais sur sa valeur ni ses succès relatifs. Les objections qui lui ont été faites le prouvent bien, malgré la courtoisie parlementaire et confraternelle dont elles étaient enveloppées. L'unique contre-indication de l'auteur, consistant dans le volume excessif du calcul, s'est ainsi multipliée. Sir J. Paget n'autorise l'emploi de la lithotritie que si deux ou trois séances au plus suffisent au broiement. La vessie saciforme en est une contre-indication formelle pour M. Cadge par les complications et les récidives qu'elle entraîne. Et comme preuve, les 50 à 60 récidives après les lithotrities guéries de M. Thompson sont opposées victorieusement aux 12 cas relevés dans la statistique de 700 tailles de Crosse. Mais les rectifications apportées par M. Ch. Williams à cette statistique inexacte ont bien changé ces proportions. Au lieu de 12, c'est 15 récidives qui sont notées, et, en y ajoutant les 14 qui ont eu lieu depuis, c'est un total de 29 sur 1015 tailles pratiquées à l'hôpital de Norwich de 1772 à 1869, soit 1 sur 36, ce qui est loin d'une sur 58, comme M. Cadge l'a inféré. (*Lancet*, n° 20.)

La cystite, l'irritabilité vésicale, les lésions de la muqueuse, les rétentions chroniques d'urine, et toutes les complications qui se manifestent consécutivement sont invoquées contre les brillants résultats immédiats que l'on en tire. D'où cette conclusion : qu'une exacte comparaison des deux opérations n'est possible qu'après des mois, des années; qu'aux deux listes des guéris et des morts, il conviendrait d'en ajouter une troisième, comprenant les opérés ni morts ni guéris ; que cette catégorie serait bien plus considérable après la lithotritie que la lithotomie et contrebalancerait ainsi la plus grande sécurité pour la vie que la première opération comporte. Considérant que celle-ci est exécutée aujourd'hui dans les meilleures conditions, alors que la taille est encore susceptible de grands progrès, autant dans ses contre-indications, comme les maladies des reins et du foie, que dans son traitement consécutif, sir J. Paget croit que la mortalité actuelle de celle-ci sera réduite plus tard de moitié et égalera ainsi celle de la lithotritie. Aussi lui donnerait-il encore la préférence, s'il recommençait sa carrière, en réservant le broiement aux calculs qui peuvent être enlevés en *deux ou trois séances*. (*Royal med. and chir. Society*, 12 mars.)

La récidive du calcul par les débris, les dépôts phosphatiques que la lithotritie laisse après elle, est donc aujourd'hui le principal chef d'accusation contre elle. La plupart des auteurs s'accordent à ce sujet pour en restreindre l'emploi. Ces concrétions existent sans doute avec de sérieuses lésions de la membrane muqueuse, dit M. H. Thompson; mais celles-ci sont bien moins dues aux instruments lithotriteurs qu'au contact prolongé des fragments calculeux sur le bas-fond ou le plancher de la vessie. Aussi les deux moyens qu'il propose pour y obvier sont de restreindre cette opération aux calculs d'un petit volume, pouvant être broyés et évacués rapidement. Pour ceux qui exigent plus de quatre à cinq séances, dit-il, la taille offre des chances égales, sinon supérieures, à un bon résultat. La seconde condition est de ne pas trop espacer les séances sans nécessité, une fois que le calcul a été attaqué. De là aussi l'exécution de la lithotritie en une seule séance.

Combinaison de la lithotritie avec la taille. Si la taille a été

exécutée après la lithotritie ou celle-ci après la taille, ç'a été ordinairement par nécessité imprévue et sans indication ni plan préalablement fixés. Les deux opérations n'ont surtout pas été simultanées, sinon dans la lithotritie périnéale de Dolbeau, comme M. Teevan l'a fait dernièrement au *West hospital.*

Il s'agissait d'un cocher de 66 ans, admis, le 15 janvier dernier, pour un vieux rétrécissement qui l'obligeait d'introduire journellement une sonde n° 5 pour uriner. Des douleurs du méat avaient commencé huit ans auparavant, et il avait été ainsi obligé de quitter son état. Pas d'hérédité calculeuse ; mais la diathèse goutteuse est prononcée.

Urine très-albumineuse et phosphatique, d'une gravité spécifique de 1020. Rétrécissement dans la région sous-pubienne immédiatement en arrière du périnée, d'un pouce et demi d'étendue. La dilatation fut d'abord pratiquée avec une sonde olivaire à demeure, graduellement croissante, et un calcul unique, dur, d'un pouce de diamètre, put ainsi être diagnostiqué avec le lithotriteur dès le 25 février. Un accès de goutte s'ensuivit, qui obligea de laisser le malade tranquille jusqu'au 18 mars.

La lithotritie était donc inapplicable, à cause du rétrécissement et de l'atonie de la vessie, et la taille médiane ou latérale n'était guère plus applicable. Le malade demandant une opération, M. Teevan résolut, de propos délibéré, d'employer l'une et l'autre.

Le 19 mars, le malade étant chloroformé, un petit lithotriteur fut introduit, qui brisa la pierre en quelques minutes. Un cathéter droit le remplaça bientôt, et une incision fut pratiquée sur l'urèthre, au siège même du rétrécissement, comme pour une uréthrotomie externe. L'index parvint ainsi doucement dans la vessie, d'où les fragments du calcul d'oxalate de chaux furent extraits un par un, à l'aide d'une petite pince. La vessie fut lavée, et, malgré de légères complications, le malade sortit de l'hôpital, le 17 avril, parfaitement guéri. (*Lancet*, nos 25 et 26.)

Cette conduite a été dictée sans doute par des indications précises; mais elle peut servir de modèle, dans des cas analogues, pour l'emploi simultané de ces deux opérations. C'est ainsi que, dès le 12 mars, M. Maenamara soumettait à la *Société médico-chirurgicale* l'idée de briser ainsi préalable-

ment, par la lithotritie *per penem*, les calculs trop volumineux pour être extraits en entier par la taille, à moins de contusionner la plaie pour son passage. Des perfectionnements peuvent donc en résulter. Ce sera la lithotritie en une seule séance avec taille.

Lithotritie avec évacuation en une seule séance. Partant de ce fait bien connu que la taille a subi longtemps, en France comme en Angleterre, l'influence traditionnelle des premiers lithotomistes, tandis qu'elle est devenue, depuis que les chirurgiens se sont affranchis de leurs préceptes rigoureux, une opération toute simple et plus facile que la dissection des tumeurs, le professeur H. Bigelow, de Boston, tend à en faire autant de la lithotritie. « *As a rule*, dit-il, *there is little difficulty in it.* En général, il y a peu de difficulté à l'exécuter. La pierre est rapidement saisie et broyée, réduite en fragments et partie en poudre. Un gros cathéter pourvu d'yeux est ensuite introduit; un peu de sable et quelques petits fragments s'en échappent avec l'eau; après quoi, l'opéré est mis au repos, pour rendre le surplus en attendant une autre séance. Une telle opération, durant à peine quelques minutes dans les circonstances favorables, est non-seulement simple, mais sûre : *not only simple, but safe.* »

Il n'est tenu aucun compte, comme on le voit, de la difficulté d'introduire les instruments, ni du danger de léser la muqueuse de l'urèthre et de la vessie. L'excessive impressionnabilité de ces organes à l'action des instruments, inculquée par Civiale, est exagérée, suivant l'auteur, comme les règles minutieuses qu'il prescrit pour y obvier. Tels sont l'emploi d'un petit litholabe qu'il introduisait avec une pression moindre que son poids et une lenteur uniforme, ne le laissant en place que deux à trois minutes, cinq au plus. Sir H. Thompson lui-même fixe la durée de chaque séance à deux minutes, que son habileté exceptionnelle parvenait souvent encore à réduire. Comme preuves de l'innocuité de ces manœuvres, il invoque les résultats favorables obtenus partout de leur emploi dans le cathétérisme et la lithotritie par des mains plus ou moins habiles, surtout avec un instrument tel que celui de Voillemier, et l'extrême tolérance de la vessie à la présence prolongée de calculs volumineux.

rugueux, mûriformes, ainsi que l'innocuité des lésions considérables déterminées pour leur extraction par la taille. Le principal danger n'est pas là, pour lui, mais dans les accidents consécutifs suivants.

« Un frisson peut survenir dans la nuit qui suit l'opération, non le frisson de la fièvre uréthrale qui suit parfois le simple passage d'une bougie et qui est sans gravité, mais un frisson accompagné ou suivi de sensibilité dans la région vésicale, de fréquence du pouls et du passage fréquent et douloureux de l'urine. Ces symptômes persistent et augmentent plutôt que de diminuer ; d'autres peuvent même survenir, et le chirurgien attend vainement le moment favorable pour répéter son opération ; l'opéré est trop malade, et il peut même succomber doucement après des jours et des semaines ainsi passés dans l'attente. Et l'autopsie révèle alors des lésions, d'une origine plus ou moins récente, de la vessie, notamment une inflammation de la muqueuse, sur le bas-fond de laquelle se trouvent des fragments anguleux et des débris de la pierre. Devant ce résultat fatal, il est évident que, par ces retards, la vessie est dans des conditions de plus en plus défavorables à une intervention opératoire et que la lithotomie ou la lithotritie, auxquelles j'ai eu recours en pareil cas, quoique le moindre des périls, ne peuvent être qu'une nouvelle cause d'inflammation. »

Eliminer tous les débris de la pierre dans une seule séance parut ainsi au chirurgien américain le principal but à atteindre. Nul doute pour lui que si la vessie pouvait être débarrassée de toutes les particules calculeuses dès la première heure, même avec le risque d'irriter la membrane muqueuse, le soulagement immédiat ne serait suivi d'une prompte et complète guérison. Et, admettant comme probable que l'action nocive des fragments anguleux sur la vessie ait été attribuée dans une certaine mesure à celle des instruments et confondue avec elle, il crut plus important au succès de l'opération de tenter l'évacuation immédiate des débris de la pierre, même en prolongeant l'opération indéfiniment, que de redouter la nocuité problématique des instruments.

Dès 1876, M. Bigelow se mit à l'œuvre, et, malgré l'abandon des essais d'aspiration et des instruments évacuateurs, condamnés explicitement en France par Demarquay et Voil-

lemier à l'article *lithotritie* des dictionnaires, aussi bien que l'appareil de Clover par Thompson en Angleterre et Gross en Amérique, il fit fabriquer des instruments d'un calibre bien supérieur à ceux employés jusqu'ici. C'est d'abord un litholabe dont la courbure est plus droite, plus large et longue que les litholabes usités. Sa branche mâle, mobile et pourvue de dents triangulaires pour le broiement, est moins longue que la cuiller fixe ou branche femelle qui la reçoit. La portion du calcul ainsi engagée se trouve broyée, écrasée, pulvérisée en entier, et le sable s'écoule à mesure, dans la vessie, par une rigole pratiquée à la partie inférieure et près du talon de la cuiller.

Tous les fragments étant ainsi saisis et mis en poudre, le litholabe est retiré et remplacé par un tube évacuateur, droit ou courbe, et largement échaneré à son extrémité pour aspirer et recevoir les fragments. Leur diamètre est de 27 à 31 et même 32 de la filière Charrière, c'est-à-dire bien supérieur au calibre des évacuateurs employés. L'efficacité du procédé d'évacuation dépend beaucoup de l'emploi des plus larges tubes que l'urèthre puisse admettre. On sait que Otis en a fixé la capacité normale à 33 de la filière Charrière. Au besoin, le méat, qui est la partie la plus étroite, peut être incisé pour l'introduction du tube droit, préféré par l'auteur comme s'obstruant moins que le courbe par les fragments.

Ainsi introduit, de manière que son ouverture soit dirigée en haut, ce tube est fixé par son extrémité libre à un long et gros tube en caoutchouc, terminé par une boule élastique s'adaptant à un réservoir en verre destiné à contenir l'eau, à injecter et à recevoir les débris du calcul.

Le jeu de cet appareil se comprend de reste, sans qu'il soit nécessaire d'insister sur ces détails. La vessie étant remplie d'eau, il s'agit d'aspirer les fragments, en faisant le vide alternativement sur la boule élastique, et de les amener dans le réservoir en verre. C'est le mécanisme d'une véritable pompe aspirante et foulante, figurée en action dans de très-belles planches et comme il est facile de l'expérimenter avec une simple vessie de porc remplie d'eau avec une cuillerée de sable fin.

8 lithotrities, dont les observations sommaires contiennent les principaux détails, ont été pratiquées suivant cette

méthode, du 14 décembre 1875 au 19 août 1877, toujours sous l'influence de l'éthérisation. 7 opérés ont guéri rapidement; un seul est mort le sixième jour avec des signes analogues à la rétention des fragments, mais sans que la cause en ait été vérifiée par l'autopsie.

6 de ces calculeux ont été débarrassés en une seule séance, dont la durée a été d'une heure dans deux cas, avec élimination immédiate de 117 grains de fragments, soit 7 grammes 215. C'est le cas mortel.

La séance dura une heure et demie dans trois cas, et, dans deux, l'introduction du litholabe fut renouvelée jusqu'à trois fois, avec évacuation de 257 grains de fragments (16 gr. 705); dont un pesait 24 grains (1 gr. 56) dans l'un et 167 grains (10 gr. 855) dans l'autre. Un fragment osseux formait le noyau dans le troisième. Le méat dut être incisé pour introduire le tube évacuateur, et 66 grains (4 gr. 290) furent seulement expulsés, dont trois fragments osseux. Quatre jours après, le litholabe ramena avec difficulté à travers l'urèthre un fragment osseux ramolli d'un certain volume, sans trace de gravier.

Enfin la séance s'est prolongée une heure trois quarts chez un calculeux de 62 ans, à cause de petits calculs multiples et d'une hypertrophie considérable de la prostate. Il ne rendit que quelques grains de sable et guérit ensuite parfaitement.

La nécessité seule a obligé M. Bigelow à recourir à plusieurs séances dans sa première et sa dernière observation. Il avait opéré comme d'habitude chez le premier malade, ayant trois calculs volumineux, sans qu'aucun fragment ait été rendu à la première séance. Mais, sept jours après, dans une séance de quarante-cinq minutes, il évacua une masse considérable de fragments, malgré que le tube évacuateur fût du moindre calibre. Une troisième séance, douze jours plus tard, ne donna plus que peu de fragments.

Trois séances d'une durée exceptionnelle furent également nécessaires dans le dernier cas, tout à fait exceptionnel aussi. Les symptômes remontaient à 26 ans, et le malade en avait 61, urinant toutes les quinze à vingt minutes. Deux calculs furent rencontrés, dont l'un était si volumineux qu'il fut difficile à saisir avec le litholabe. La première séance, d'une heure et demie, donna 228 grains de gravier, et 108 grains

passèrent ensuite dans les urines. La seconde séance, quatre jours après, dura trois heures et élimina 744 grains de calcul et 16 ensuite; enfin la dernière eut lieu cinq jours plus tard et dura trois heures trois quarts, pendant laquelle 706 grains de fragments furent évacués, sans aucune douleur ni accident ensuite. C'est donc un total de 117 gr. 13 centigr. de calculs évacués dans l'espace de dix jours. Quelques semaines après, l'opéré pouvait garder ses urines pendant trois à quatre heures.

Ces résultats sont remarquables, et c'est pourquoi ils sont relatés avec détails. Sans admettre avec l'auteur que les accidents consécutifs soient toujours produits par la rétention des fragments, il est évident que l'on peut tenter avec avantage de les extraire complètement, sans redouter autant l'action des instruments. L'innocuité de ces séances prolongées, l'absence de toute élimination de fragments ensuite témoignent que de grands progrès peuvent être réalisés sur la pratique des premiers lithotriteurs. (*Amer. journ. of med. sciences*, janvier, et *Boston surg. journ.*, nos 9 et 10.)

A ces observations, le docteur Curtis en ajoute trois autres, où il a opéré suivant la nouvelle méthode. Les malades avaient 35, 54 et 68 ans, et, malgré une cystite intense, tous trois furent lithotritiés en une seule séance, qui dura une heure chez l'un, 85 minutes chez le second, et deux heures chez l'autre. Tous trois ont guéri rapidement, sans traces de récidive un an après. (*Idem*, n° 18.)

C'est là une confirmation précieuse que cette nouvelle méthode peut être employée par tous les lithotriteurs avec le même succès que son inventeur. Les restrictions des chirurgiens anglais à l'opération française n'auront donc plus de raison de se produire avec le perfectionnement américain.

Cette méthode a aussi été expérimentée à New-York. Le docteur Keyes a soumis à la Société pathologique de cette ville, le 27 mars, les débris d'un calcul extrait par la lithotritie rapide avec évacuation chez un calculeux de 63 ans. Deux broiements successifs de vingt minutes chacun et suivis d'évacuation avaient donné environ 8 grammes de débris. L'opération avait duré une heure.

LOCALISATIONS CÉRÉBRALES. Leur réalité a été constatée une fois de plus par M. Ollivier sur une vieille

infirme de 76 ans, entrée à l'hospice d'Ivry le 10 juin 1876. Tombée à l'âge de 9 ans, elle n'avait pu marcher depuis, sa jambe droite s'étant ployée à angle droit sur la cuisse par suite de cet accident ; en même temps, le membre cessa de s'accroître. Elle mourut le 2 juillet, dans un état de cachexie profonde, et l'on trouva une asymétrie remarquable de la face supérieure des hémisphères. Tandis que la première circonvolution frontale droite, de même dimension dans toute son étendue, était assez volumineuse, la circonvolution correspondante gauche était très-rétrécie à sa partie postérieure, au point où elle rencontre la frontale ascendante et en avant de cette réunion. Elle était presque rectiligne et sans sinuosités. La partie antérieure du lobule pariétal supérieur gauche était aussi atrophiée, et ses circonvolutions étaient moins larges que celles du côté opposé.

Les deux circonvolutions pariétales ascendantes étaient très-étroites des deux côtés, mais celle de gauche beaucoup plus que la droite, surtout dans son tiers supérieur. Le sillon de Rolando était aussi moins long qu'à droite. C'est donc là une nouvelle preuve que le défaut de fonction emporte l'atrophie de l'organe chargé d'y présider, c'est-à-dire du centre psycho-moteur. (*Revue de méd. et chir.* mars.)

Un garçon de 13 ans reçoit, d'une hauteur de plusieurs mètres, un gros boulon de fer sur la tête, qui lui fait perdre connaissance sur le coup. Dix minutes après, il revient à lui, et fait quelques pas en entrant à l'hôpital. Mais là, deux accès de convulsions épileptiformes éclatent, puis coma avec résolution des membres inférieurs, légère contracture du membre supérieur, perte de la sensibilité, conservation des mouvements réflexes, déviation des yeux vers le côté blessé et de la tête du côté opposé. Une plaie existait vers la base de la bosse pariétale droite avec fracture du crâne et enfoncement des fragments sans dénudation.

M. Berger se proposait d'appliquer le trépan pour relever les fragments si les accidents persistaient, quand il trouva, le lendemain, son blessé éveillé, parlant, regardant et se plaignant. La suppuration s'établit, et, malgré l'angle visible d'un fragment osseux au fond de la plaie, elle se cicatrisa parfaitement. (*Soc. de chir.*, 1877.)

Que l'on eût appliqué de suite une couronne de trépan, et, devant cette heureuse issue, on n'eût pas manqué de

lui en rapporter l'honneur et d'en faire une nouvelle indication dans la région des localisations cérébrales dont les symptômes étaient le signe. Les convulsions apparaissant après les phénomènes de la commotion cérébrale sont en effet un signe de lésion des circonvolutions pariétales, comme l'excitation de ces centres moteurs l'a prouvé. C'est donc au moins un enseignement pour attendre et n'appliquer le trépan qu'avec réserve en pareil cas.

Un nouvel exemple de localisation motrice cérébrale a été observé par M. Bourdon chez un phthisique de son service. Il fut frappé subitement d'hémiplégie gauche, sans abolition de la sensibilité. Trois heures après, l'embarras de la parole avait cessé, et, le troisième jour, le membre inférieur avait repris toute sa motilité; la paralysie du membre supérieur persista vingt jours. Après ce temps, la guérison était complète et se maintint pendant un mois, c'est-à-dire jusqu'à la mort du malade.

Cette paralysie éphémère, avec persistance de la sensibilité, avait fait diagnostiquer une lésion corticale et non centrale, qui fut confirmée par l'autopsie. Le cerveau, soumis à l'Académie, présentait, sur l'hémisphère droit, deux foyers de ramollissement de la couche corticale, au même siège que dans les cas de monoplégie brachiale relatés l'année dernière. La motilité, dit l'auteur, se rétablit donc bien par suppléance dans ce genre de paralysie. Car la guérison ayant été complète, malgré la persistance des deux lésions destructives, on est bien obligé d'admettre que les mouvements du bras se sont rétablis à l'aide des cellules voisines restées saines. Et cela est rendu d'autant plus probable que la zone motrice du membre supérieur est la plus étendue, comme le montrent les observations précédentes. (*Acad. de méd.*, 12 mars.)

Siège du mouvement de la main. A l'autopsie d'un homme arrivé au milieu de la vie et dont la main gauche manquait depuis la naissance, le docteur Gowers trouva les circonvolutions frontales égales des deux côtés. Le tiers moyen de la circonvolution ascendante pariétale droite avait seul la moitié du volume de la partie correspondante gauche, tandis que les extrémités de cette circonvolution étaient égales des deux côtés. Aucune altération dans la structure

de la partie affectée ne fut révélée par le microscope. L'écorce de substance grise de la plus petite circonvolution avait la même épaisseur et présentait des cellules aussi nombreuses et volumineuses que l'autre. La seule différence était dans son atrophie. Les autres circonvolutions pariétale et occipitale étaient égales en volume.

L'aire atrophiée était précisément celle qui a été fixée dans les expériences de M. Ferrier comme le siège des mouvements de la main qui manquait dans ce cas. (*Royal med. and chir. Society*, 14 mai.)

La confirmation de ce siège a été faite par M. Marc Sée sur un cadavre apporté à l'amphithéâtre des hôpitaux. La main droite était atrophiée par une paralysie infantile, et l'on rencontra une différence considérable entre les circonvolutions pariétales ascendantes. D'un volume normal à droite, elle était très-petite, amincie, aplatie au contraire à gauche. En présence des opinions contradictoires sur ce sujet, l'auteur n'a pas voulu résoudre la question; mais, avec le fait précédent et les autres, le doute n'est guère permis. (*Soc. de chir.*, avril.) Voy. MÉNINGO-ENCÉPHALITE EXPÉRIMENTALE.

Fondé sur la loi de l'irradiation réflexe ou de l'action à distance, M. Jaccoud contestait, dès 1864, à propos de l'aphasie, la possibilité du diagnostic topographique des lésions cérébrales d'après leurs manifestations. Aussi signale-t-il un exemple contradictoire frappant de ces localisations.

Une femme de 60 ans, ayant eu depuis six semaines trois attaques apoplectiformes, est apportée, le 11 juillet dernier, dans son service, avec hémiplégie flasque gauche, incontinence d'urine, déviation des traits de ce côté ainsi que de la tête et des yeux; convulsions à droite. Mort 38 heures après.

Un ramollissement inflammatoire diffluent de l'hémisphère droit a détruit le lobe pariétal supérieur, moins la circonvolution pariétale ascendante et le lobule paracentral, les deux tiers supérieurs du pli courbé, l'avant-coin et la circonvolution qui le sépare de la scissure calloso-marginale, et la circonvolution du corps calleux entre la scissure précédente et pariéto-occipitale.

Toutes les autres parties étaient intactes; coloration, con-

sistance et vascularisation. L'hémiplégie complète était donc en opposition avec l'état intact de la zone corticale dite motrice, ainsi que les autres symptômes. (*Gaz. hebd.*, n° 30.)

Des localisations dans les maladies cérébrales, par le docteur J. Grasset, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier. Deuxième édition, revue et augmentée.

La cérébration inconsciente, ou la doctrine de l'action réflexe cérébrale, d'après M. Luys. Lecture faite le 25 octobre 1876 à l'assemblée générale de la Société scientifique de Bruxelles, par E. Masoin, professeur à l'Université de Louvain et médecin des établissements d'aliénés de cette ville. Brochure in-8° de 32 pages. Louvain, 1877.

Réfutation en règle de l'ouvrage : *Le cerveau et ses fonctions*, analysé ici en 1876, et surtout de la doctrine anatomique et localisatrice des facultés intellectuelles, qu'il expose et promulgue. Spiritualiste pur et convaincu, le professeur de l'Université *catholique* de Louvain est scandalisé de cette témérité audacieuse. Prenant à la lettre les mots d'*action réflexe cérébrale*, d'*automatisme*, de *phosphorescence des cellules*, il s'indigne et se révolte que l'on matérialise ainsi l'âme humaine dans les couches optiques. Tout le débat est là, quoique, dans son réquisitoire scientifique, l'auteur ait l'air de ne plaider qu'au nom de la science et de combattre exclusivement en sa faveur. Aux données anatomiques, microscopiques et expérimentales, cliniques même, invoquées par le physiologiste français à l'appui de la théorie de l'action réflexe cérébrale, et aux inductions, aux affirmations qui en sont le corollaire d'après lui ou d'autres autorités, l'auteur belge répond par des résultats négatifs, diamétralement opposés, et des assertions contraires émanant de Hunter, Serres, Flourens, Brown-Séquard, Schiff, Vulpian et bien d'autres. Il prend même son adversaire en flagrant délit d'omissions historiques ou d'oublis regrettables, et, par des citations accablantes, il le convainc d'assertions inexactes et même fautives, et lui donne ainsi des démentis catégoriques. Laycock et Carpenter seraient ainsi les vrais inventeurs anglais de l'action réflexe cérébrale, et Jacubowitsch de la classification des cellules nerveuses que M. Luys s'attribue implicitement.

Ce sont là évidemment des dépositions infirmatives, graves et péremptoires, contre la doctrine de l'action réflexe cérébrale, mais qui prouvent aussi en sa faveur, en lui découvrant des auteurs éminents. Elle n'est donc pas si récente, gratuite et invraisemblable que M. Masoin le donne à entendre ; elle repose sur des rapports, des analogies morphologiques dont il convient de tenir compte, et il aurait même pu, avec un peu de bonne volonté, mettre à son avoir quelques découvertes récentes faites à propos des localisations cérébrales. (Voy. *année* 1877.) Il est vrai qu'ici la démonstration n'est pas positive et ne peut se faire que par induction et analogie, ce qui est toujours sujet à contestation. Que l'on interroge le cerveau et surtout ses fonctions, soit avec le scalpel, le microscope, les réactifs, les vivisections ou la clinique, soit avec la dialectique, les yeux de l'esprit, de la raison ou de la foi, il ne rend guère que des oracles confus et contradictoires, qui sont interprétés différemment, selon les opinions particulières ou les systèmes en vogue, sans prouver davantage ni pour ni contre. C'est ainsi que, malgré des débats séculaires, il y a encore si peu de jugements sans appel sur ses fonctions; mais, il faut le reconnaître et le proclamer à l'honneur de la science, c'est toujours à la lumière de son flambeau qu'ils ont été obtenus.

M. Luys a donc au moins un avantage sur son contradicteur à cet égard. Il a profondément étudié, disséqué, examiné, analysé le cerveau dans ses moindres détails, et a vu ses efforts couronnés des plus hauts suffrages académiques. Il parle *de visu*, d'après son œuvre, et n'invoque les témoignages étrangers qu'à l'appui, tandis que M. Masoin ne le réfute que d'après les autres et sur leur seule autorité. Or, entre ces contradictions équivalentes, ces affirmations et ces négations placées sous le patronage d'anatomistes, de micrographes, de physiologistes également autorisés, n'est-ce pas celui qui a vu et observé lui-même qui mérite le plus créance? Autrement, on ne peut avoir d'opinion personnelle, et l'on adopte alors celle qui cadre mieux avec sa propre manière de voir.

M. Masoin se prévaudrait en vain de cette impersonnalité pour paraître d'autant plus impartial et désintéressé. Il donne le secret de l'énigme dans son mot de la fin : *Il combat pour l'âme humaine.* Il avait donc pris parti avant

de discuter, et l'on peut même prévoir qu'il a choisi ses armes en conséquence. Or la science et la foi s'excluent par leur essence toute différente, comme la matière et l'esprit. La première se démontre, et la seconde s'impose. L'âme n'a donc rien à faire dans ce débat. Son siège n'est pas plus dans les couches optiques que dans la glande pinéale; elle n'est ni dans le substratum de tel sens, ni de telle faculté; elle est la résultante de tous et leur émanation spirituelle. Loin d'y porter atteinte, la science positive, même portée à ses dernières limites, ne peut que l'éclairer et la rendre plus brillante, en la débarrassant des enveloppes matérielles qui la cachent encore aux yeux de certaines gens.

Guida allo studio delle circonvoluzioni cerebrali dell'uomo, par le professeur Giacomini, de Turin.

L'importance donnée à l'étude des localisations cérébrales rend la concordance des circonvolutions indispensable pour l'entente générale de ces localisations. Or, les Allemands suivant une nomenclature différente des Anglais, et ceux-ci ne suivant pas la même que les Italiens ni les Français, l'auteur a cherché à faire cesser cette confusion en établissant une concordance entre ces divers auteurs, anciens et modernes. Ses descriptions anatomiques, claires et précises, serviront utilement à établir une synonymie complète et internationale à ce sujet. Cet ouvrage sera désormais indispensable pour comprendre les différents auteurs.

Structure des circonvolutions cérébrales, thèses d'agrégation pour la section d'anatomie et de physiologie, par Ch. Richet, docteur ès sciences et en médecine; un vol. grand in-8° de 172 pages avec 21 gravures et 2 planches; librairie *Germer Baillière*, Paris.

Exposition très-complète des connaissances acquises sur l'anatomie et la physiologie, humaines et comparées, du cerveau et les résultats obtenus par les nombreuses recherches et expériences faites depuis quelques années sur la question des localisations cérébrales. Après un historique pour la forme, toutes les investigations, les expériences, les faits et les théories modernes sur ce sujet sont passés en revue dans leurs principaux détails. C'est un inventaire exact et minutieux de nos richesses, mais sans leur évaluation, leur estimation précise.

En effet, si l'auteur classe avec ordre et décrit avec luxe, précision et clarté, analyse, commente, critique même, il ne prise pas assez les matériaux qu'il met en œuvre, il ne les choisit, ne les condense, ni ne les synthétise pas assez pour en apprécier le mérite, en faire ressortir la valeur. Il expose et ne conclut pas. Il n'a pas de ces vues d'ensemble, de ces déductions qui éclairent le lecteur et l'aident à se former une opinion. Il le laisse indécis comme lui-même, au milieu de ces résultats confus et souvent contradictoires qu'il a accumulés, sans oser se prononcer ni pour ni contre les localisations. Celle du langage articulé, de la parole, a seule toutes ses sympathies. Il se déclare explicitement pour la localisation de l'aphasie; mais, pour tout le reste, rien ne lui paraît encore assez bien démontré, expérimentalement surtout, pour opter sur les centres moteurs, le siège de l'intelligence et de la sensibilité, malgré ses recherches personnelles sur l'excitabilité de la substance corticale. Il réduit beaucoup le rôle des localisateurs au profit de la suppléance, de l'action réflexe et de l'irritabilité. Brown-Séquard, Schiff font échec à Charcot, Hitzig et Ferrier. C'est là, en un mot, un travail de pure érudition, qui ne peut faire pencher la balance de la science ni dans un sens ni dans l'autre.

C'est regrettable. L'actualité de la question et l'abondance des matériaux commandaient plus de décision, surtout dans un travail de ce genre. Si ceux qui prennent place dans l'enseignement ne savent pas se prononcer nettement, quel esprit communiqueront-ils à ceux qu'ils seront chargés d'enseigner ?

Les fonctions du cerveau, par D. Ferrier, membre de la Société royale de Londres et professeur de médecine légale au Collège du roi, etc., traduit par H. de Varigny; un volume in-8° de 519 pages avec 68 figures dans le texte, Paris, librairie *Germer Baillière*.

Il n'y a que du bien à dire sur la forme et le fond de cet ouvrage, à notre avis. La doctrine en est solidement établie sur l'expérimentation universelle, ancienne et nouvelle, corroborée par des observations anatomiques, physiologiques et cliniques et le raisonnement. Par ce triple critérium, disposé dans un ordre logique, avec sobriété, concision et clarté, dans un style tout français, sur beau papier

et en caractères clairs et nets, la lecture en est rendue si attachante que l'on poursuit sans fatigue l'exposé succinct des expériences pour en connaître le résultat et la signification. Et l'on s'y intéresse d'autant plus que la modération, la bonne foi et l'impartialité dans la discussion en excluent tout esprit de système et d'école.

On passe ainsi graduellement des fonctions simples et bien connues de la moelle épinière, d'après des expériences déjà anciennes, à celles plus compliquées de la moelle allongée qui les condense et les coordonne. Puis viennent celles du mésencéphale, que l'on détermine en isolant les organes qui le composent des hémisphères cérébraux par l'ablation de ceux-ci. De là la démonstration que le pont de Varole est le siège de l'équilibre et de la coordination locomotrice, celui de l'expression des émotions de douleur et de plaisir, comme les lobes optiques ou tubercules quadrijumeaux sont le siège de la vision.

Quant au cervelet, quoique distinct et séparé, on ne sait encore que très-peu de chose de précis sur son rôle spécial. Le plus clair est qu'il n'en a pas. De tout ce qui a été dit à cet égard, comme des nouvelles expériences faites par l'auteur sur divers animaux et relatées, on ne peut guère lui attribuer qu'une part des fonctions des organes circonvoisins qu'il leur emprunte ou partage avec eux : l'équilibration et la vision en particulier.

Restent les hémisphères cérébraux, et l'on prévoit que c'est particulièrement sur les localisations motrices, dont la précision, sinon la découverte, dans leurs circonvolutions, a illustré l'auteur, qu'il s'agit principalement ici. Plus des deux tiers du livre sont consacrés à la relation de ces expériences et à leur interprétation physiologique et psychologique. Tout ce qui a été dit et ajouté depuis, pour et contre, s'y trouve résumé et expliqué, comme nous l'avons indiqué nous-mêmes ici depuis 1873. C'est donc un véritable traité de ces localisations avec leur topographie cérébrale et crânienne. Pourtant leur siège est encore loin d'être aussi clairement démontré et admis que celui de l'intelligence et de la parole.

La meilleure preuve de leur existence est l'impossibilité pour les corps striés de la base, considérés jusqu'ici comme les centres exclusifs de ces mouvements, de pouvoir les repro-

duire séparément comme la couche corticale. Leur excitation les produit en masse, comme leur lésion amène la paralysie du côté opposé. Par leurs rapports anatomiques avec l'écorce cérébrale, ils joueraient donc le rôle de récepteurs et de coordonnateurs de la motilité, comme la moelle allongée l'est à l'égard des nerfs spinaux.

C'est par là que l'auteur termine et l'on voit que ce n'est pas là seulement un traité des *fonctions du cerveau*, mais des centres nerveux en général, qui sera consulté avec fruit malgré ses abstractions et ses subtilités.

LUXATIONS. Le cas jusqu'ici unique de M. A. Guérin d'arrachement du membre, en tentant la réduction d'une luxation sous-coracoïdienne (voy. *année* 1864), s'est renouvelé à l'hôpital Saint-Barthélemy, de Londres, le 3 mai dernier, dans des conditions analogues, sinon identiques. Un homme de cave, de 58 ans, est admis dans le service de M. Thomas Smith, le 30 avril. Deux mois auparavant, il est tombé sur son coude, ses mains étant dans ses poches. Une paralysie du nerf radial en est résultée avec perte des mouvements du bras. Différents traitements sont tentés vainement, et l'examen constate une luxation sous-coracoïdienne de l'humérus gauche. Après éthérisation, M. Smith pratique quelques manipulations pour rompre les adhérences sans s'apercevoir de rien d'anormal, puis l'interne, d'une force physique très-ordinaire, s'asseyant à côté du patient, place son pied gauche dans l'aisselle, et, une alèze pliée étant roulée au-dessus du coude et sur l'avant-bras, il commença une légère extension en tirant sur le poignet. Aucune autre force ne fut employée, et elle ne durait pas depuis une minute que toute la partie antérieure de l'aisselle cédait; téguments et muscles se déchirèrent comme du cuir pourri. La cavité de l'aisselle fut largement ouverte, et une hémorrhagie formidable eut lieu, qui fut aussitôt arrêtée.

Néanmoins, le bras n'était pas arraché ; les téguments externes le retenaient et quoique tous les muscles pectoraux fussent déchirés, les gros vaisseaux ni les nerfs ne l'étaient. La luxation fut donc réduite aisément, un bandage fait avec réunion des parties, et l'opéré se réveilla sans plus de trouble constitutionnel qu'à l'ordinaire. Pendant quatre jours, il se nourrit bien, sans que la température augmentât,

mais il s'affaiblit rapidement dès que la suppuration s'établit et succomba d'adynamie le neuvième jour.

L'autopsie montra l'aisselle baignée de pus ainsi que toutes les parties adjacentes. Poumons tuberculeux, foie et cœur gras, rate ramollie, artères athéromateuses, muscles pâles, mous et gras. (*Lancet*, 6 juillet.)

Il est évident, d'après cet exemple, que des précautions spéciales devront désormais être prises dans les luxations de ce genre, c'est-à-dire anciennes avec paralysie consécutive. Il est probable que la nutrition, l'innervation ne se faisant pas dans ces tissus, la vitalité diminue, et que la dégénérescence, une régression quelconque s'en empare.

Luxations paralytiques du fémur. Confondues autrefois avec les luxations congénitales de Dupuytren, elles en ont été distraites par M. Verneuil, le premier, comme étant dues à la paralysie des muscles qui provoque ainsi la luxation à la longue. (Voy. *année* 1866.) Ce n'est que par de nombreuses observations, recueillies chez l'enfant et chez l'adulte, que la production de ces luxations consécutives aux amyotrophies sont définitivement admises et classées. Deux conditions sont nécessaires pour qu'elles se produisent : l'atrophie d'un groupe musculaire et l'intégrité de ses antagonistes. Si tous les muscles sont paralysés, il y aura bien un relâchement, une mobilité exagérée, mais pas de luxation. C'est à la hanche que cette luxation est la plus fréquente. Elle est due à la traction des muscles adducteurs, que l'atrophie des fessiers et des pelvi-trochantériens laisse sans contre-poids. Quatre observations de ces diverses paralysies avec et sans luxation sont relatées par M. le docteur P. Reclus, dont 3 chez des adultes et une chez un enfant. Il n'est donc plus permis de les révoquer en doute. (*Rev. mensuelle de méd. et chir.*, n° 3, mars.)

Luxation du pouce en arrière. L'interposition entre les surfaces articulaires d'un corps étranger quelconque, comme un tendon, l'os sésamoïde ou le ligament articulaire, est bien le véritable obstacle à la réduction, comme l'expérimentation l'indiquait. (Voy. *année* 1876.) Deux faits observés sur le vivant par Esmarch, à Kiel, le mettent hors de contestation. Dans le premier, la luxation métacarpo-

phalangienne du pouce gauche en arrière était compliquée d'une déchirure transversale, béante, de 16 millimètres de long sur la face palmaire, laissant voir le bord antérieur de la surface articulaire dénudée de la tête du métacarpien. Sur le milieu de l'os, se trouve fortement tendu le tendon du long fléchisseur du pouce. Saillie de la base de la première phalange au dos de la main avec immobilité et extension forcée du doigt.

La réduction étant impossible, même avec la pince de Luer, l'obstacle est recherché dans la plaie après l'ischémie artificielle du pouce. On reconnut alors que le ligament capsulaire, arraché au niveau de son insertion du côté palmaire, rétracté en arrière, s'était interposé entre la base de la phalange et le col du métatarsien, formant une boutonnière étroite qui étranglait la tête de cet os. Il suffit de l'agrandir et de dilater l'ouverture capsulaire pour libérer cet os et opérer la réduction et la guérison.

Contre une luxation en arrière du pouce droit, toutes les tentatives de réduction pendant deux jours ayant échoué, M. Esmarch n'hésita pas à ouvrir l'articulation après l'ischémie. Il trouva le ligament capsulaire rompu à son insertion métacarpienne et formant une boutonnière qui étranglait l'os. Mais, malgré l'agrandissement et la dilatation de cette boutonnière, la réduction ne put se faire, parce que le tendon du long fléchisseur s'était interposé entre la tête du métacarpien et la base de la phalange. Il fallut le dégager pour obtenir la réduction. (*Berl. Klin. Woch.*, n° 44, 1876.)

M

MAL DE POTT. *Action musculaire réflexe du ligament rotulien*, ou *phénomène du genou.* La valeur de ce signe négatif, découverte par Westphall en 1876 dans le tabes dorsal bien caractérisé, est de nouveau affirmée par lui, après trois ans d'études, comme un indice précieux pour le diagnostic précoce de cette grave altération de la moelle. On sait qu'à l'état sain, la percussion de certains tendons superficiels amène une contraction réflexe des muscles correspondants. Il suffit ainsi, les jambes étant croisées l'une

sur l'autre, de frapper sur le ligament rotulien au-dessous de la rotule, de la jambe supportée ou pendante, pour déterminer une contraction subite des muscles extenseurs de la cuisse, en provoquant une secousse en haut du pied correspondant. L'absence de ce phénomène normal ayant été constatée dans les cas confirmés d'ataxie locomotrice, il s'agissait de préciser si elle dépendait de la dégénérescence grise, de la sclérose des cornes postérieures, et d'en faire ainsi un signe de cette lésion à son début, alors que la plupart des signes caractéristiques manquent encore, comme Westphall l'a avancé. (*Berl. Klin. Wochenschr.*, janvier.)

La dégénérescence de la région lombaire de la moelle dans le mal de Pott serait donc la cause qui, en s'opposant à la manifestation de l'action réflexe, empêcherait le phénomène du genou. (Voy. Ataxie locomotrice.) Une myélite, un ramollissement pourraient également l'empêcher, mais, dans ce cas, la paralysie suffirait, sans les autres symptômes locaux, à l'attribuer au mal de Pott pas plus qu'à l'ataxie locomotrice. Ce signe n'est donc pathognomonique ni de l'une ni de l'autre, car il peut même se présenter exceptionnellement chez des personnes en santé.

Immobilisation. C'est le moyen reconnu le plus efficace et généralement adopté à ce titre contre ce mal redoutable. A l'exception de M. Després, qui le trouve inutile lorsqu'il y a menace ou présence d'un abcès par congestion, comme chez les enfants de tuberculeux, tous les chirurgiens sont d'accord pour l'employer comme préventif, et même comme curatif de cette complication. Dans l'impossibilité de savoir au début s'il y aura ou non abcès quand la douleur et la gibbosité apparaissent, il est toujours prudent d'y recourir, sauf à envoyer les malades sur le bord de la mer après que l'abcès est ouvert. MM. Marc Sée et Lannelongue ont ainsi vu des abcès par congestion se résorber et guérir définitivement, tandis que tous les autres moyens échouent ordinairement, comme M. Trélat en donne l'exemple suivant.

Consulté, il y a trois ans, pour une fille de 8 ans qui avait une gibbosité de la colonne avec douleur, sensibilité, il diagnostiqua un mal de Pott avec possibilité d'abcès. Il prescrivit l'immobilisation dans une gouttière ; mais, au lieu de ce traitement, MM. Dally et Vidal soumirent l'enfant aux

bains, douches, à l'électricité, l'air comprimé, l'hygiène, etc. Au bout de dix mois, elle fut considérée comme guérie. M. Trélat constata un bon état de santé apparent, mouvements faciles et non douloureux. Il n'y avait pas eu d'abcès.

Mais, quatre mois après, on ramenait la malade. La gibbosité était redevenue douloureuse à la pression avec présence d'un énorme abcès par congestion dans la région hypogastrique et iliaque gauche.

Un petit garçon de cinq ans, soigné par l'immobilisation pendant que cette petite fille suivait un traitement opposé, n'a pas eu d'abcès par congestion; sa gibbosité a diminué, et il n'y a plus de douleur.

D'où cette conclusion que l'immobilisation est indispensable dans la plupart des cas, sans qu'il soit permis d'en rester à la cautérisation ponctuée et aux autres révulsifs, même dans les cas où l'abcès par congestion semble le moins à craindre. Dans le cas contraire, l'immobilisation le fait rétrograder et disparaître en arrêtant le travail inflammatoire dans les vertèbres. L'immobilisation et le séjour au lit ne déterminent ni la tuberculose pulmonaire ni les méningites tuberculeuses, même chez les enfants prédisposés. La contention des parties malades par un corset orthopédique, ou l'immobilisation dans la gouttière, est aussi favorable au mal de Pott que dans la coxalgie et les autres affections articulaires. On ne saurait donc y insister ni trop tôt ni trop longtemps. Elle doit être maintenue jusqu'à cessation de la douleur, c'est-à-dire un à deux ans au besoin. Elle peut n'être que relative si la gibbosité est indolore, et on peut l'obtenir avec un corset à tuteur postérieur quand la gibbosité est au-dessous de la deuxième vertèbre dorsale. M. de Saint-Germain applique une espèce de minerve quand elle est au-dessus. (*Soc. de chir.*, novembre et décembre 1877.)

C'est par l'extension du rachis et l'application d'une cuirasse plâtrée sur tout le tronc, depuis le bassin jusqu'aux aisselles, que le professeur Sayre, de New-York, réalise cette immobilisation. Elle est aussi effective de la sorte que dans la gouttière de Bonnet, et permet au malade de marcher et de respirer au grand air, ce qui est un immense avantage.

L'examen du rachis chez les jeunes enfants se fait en les

plaçant à *bougeton* sur les genoux du chirurgien, la face tournée en bas, les bras pendants d'un côté et les jambes de l'autre. Il lui suffit d'écarter les cuisses pour déterminer l'extension de la colonne vertébrale du malade. On le voit alors faire une profonde inspiration, et la respiration reste large et facile tant que dure l'extension; une légère pression sur les apophyses épineuses paraît aussi le soulager.

Cette extension est donc la première condition à réaliser, et c'est par la difficulté de la maintenir, pour l'application parfaite du bandage plâtré, qu'un appareil à poulie a été imaginé, qui prend le malade sous les épaules et le menton pour le suspendre, afin de lui donner une attitude convenable et corriger la difformité si elle est récente. On prépare aussi préalablement, autant qu'il est nécessaire, des bandes de tarlatane, de mousseline grossière ou de crinoline, de 6 à 8 centim. de large sur 2 à 3 mètres de long. On les imprègne de plâtre fin et frais en poudre, et, lâchement roulées ainsi, il suffit de les placer de champ dans un bassin et de les recouvrir entièrement d'eau au moment de s'en servir.

Après s'être assuré de la propreté de la peau du malade, on la recouvre d'un maillot en tissu élastique de coton ou autre, sans plis ni manches, retenu en haut par des bretelles et en bas par des rubans. On garnit de ouate ou de coussins à air, imaginés par M. Smith, les points saillants du tronc : seins, crêtes iliaques, gibbosité, saillies des apophyses épineuses et surtout la paroi abdominale antérieure.

Ainsi préparé, le malade est placé dans l'appareil à suspension, doucement et lentement élevé, jusqu'à ce qu'il se sente à son aise, qu'il respire facilement comme sur les genoux, et jamais au delà de ce point. Les bandes plâtrées et imbibées sont alors placées comme dans les appareils à fractures, et l'on peut intercaler dans leur épaisseur, sur les côtés, des attelles métalliques pour les renforcer et faire durer plus longtemps le bandage.

On commence à rouler les bandes autour de la ceinture, c'est-à-dire la partie la plus mince du tronc, en descendant jusqu'aux épines iliaques antéro-supérieures. On les dépasse légèrement pour remonter ensuite jusqu'aux aisselles, en les moulant exactement sur toutes les irrégularités du tronc.

Deux ou trois tours sont ainsi indispensables pour la solidité de la cuirasse.

Avant que le plâtre soit pris, on retire les tampons de ouate ou de laine, ou mieux encore les ballons à air, beaucoup plus faciles à enlever en les vidant. Les dépressions en résultant logent les saillies correspondantes sans les comprimer. Le tampon placé sur l'abdomen en facilite ainsi l'expansion après les repas ; de là son nom de *dinner pad.*

Ce bandage est solidifié très-rapidement ; la respiration n'en est pas gênée, bien que le mode thoracique soit aboli, car la fonction s'exécute par le diaphragme et l'abdomen. En cas d'abcès ou fistules, il a suffi de les recouvrir de ouate et d'en marquer l'ouverture par des saillies ou des épingles, pour y pratiquer des fenêtres qui facilitent le pansement et l'écoulement du pus.

Un appareil spécial de suspension, sorte de *minerve* formant un collier pour la tête et le menton, s'applique au cas où les vertèbres cervicales et les premières dorsales sont lésées. Le bandage plâtré peut y être également appliqué.

Il s'agit alors d'enlever le patient et de le placer sur un lit. Souvent, le bandage plâtré se cassait pendant cette manœuvre. M. Berkeley-Hill a remédié à cet inconvénient en faisant construire une sorte de lit de sangle qu'on applique verticalement contre le malade après la terminaison du bandage. Accroché sur ce lit de sangle, le malade est assis facilement dans la position horizontale en faisant basculer celui-ci.

Cette cuirasse peut rester en place deux à trois mois sans être remplacée, pourvu que l'on renforce les points faibles par l'adjonction d'une petite quantité de plâtre. Le séjour au grand air, avec un régime tonique et réparateur, est prescrit rigoureusement pendant toute la durée du traitement. Les malades doivent être assis sur un siège excavé ou un coussin à air, car, la poitrine étant immobilisée, la moindre pression du périnée et de l'anus, en suivant les mouvements du diaphragme, provoque aussitôt un sentiment de suffocation. Il suffit de couper cet appareil pour l'enlever et en remettre aussitôt un autre à la place.

Le résultat immédiat de cette application pour les malades atteints d'un certain degré de paralysie, qui ne peuvent se mouvoir qu'en appuyant les mains sur leurs ge-

noux ou en s'aidant d'une chaise, d'une table, c'est qu'ils ont pu marcher seuls et le corps droit, sans difficulté. Les douleurs, la dyspepsie, la dyspnée et la toux ont disparu de même dans plus de 300 cas traités par M. Sayre depuis la fin de 1874, comme les observations avec dessins et photographies le confirment.

La scoliose ou courbure latérale de la colonne vertébrale est combattue par les mêmes moyens et par la suspension seule du corps au début. Mais les résultats obtenus sont encore trop récents pour les regarder comme définitifs. Le fait précité de M. Trélat montre assez qu'il faut se défier des guérisons apparentes. L'immobilité seule de la partie, pendant des années, peut répondre de cette guérison radicale.

Spinal disease and spinal curvature (mal de Pott et courbure du rachis), traités par la suspension et le bandage plâtré, par le docteur Lewis A. Sayre ; Londres, 1877.

Plusieurs chirurgiens anglais ont adopté depuis lors ce mode de traitement. Le docteur Jones (de Cork) a traité ainsi une trentaine de malades avec le succès annoncé du début. (*Dublin journ. of med. science*, décembre 1877.)

12 malades, traités par le procédé américain, ont été aussi observés par M. Berkeley-Hill avec des résultats excellents. Dès que le bandage fut solidifié, la douleur cessa immédiatement, et les malades purent aussitôt se tenir debout et marcher. Ceux dont les mouvements étaient abolis furent améliorés et purent même marcher. Les abcès se fermèrent vite ; le rachis se redressa et se consolida dans une meilleure position. Une augmentation permanente de la taille en résulta même dans les courbures latérales, et la guérison fut plus rapide que par toute autre méthode, grâce surtout au ballon à air et au lit de sangle.

Dans 17 cas, M. Barwell n'observa qu'une fois la gêne de la respiration. Au contraire, l'appareil fit disparaître l'asthme chez un asthmatique. Le docteur Barker signale 2 cas de sphacèle au niveau de la vertèbre proéminente de la gibbosité , accident observé aussi par M. Golding-Bird. Mais une fenêtre au plâtre suffit à arrêter les accidents. Sauf ces remarques, l'opinion générale des membres de la *Société clinique* de Londres a été très-favorable à ce bandage, dans la discussion qui a eu lieu à ce sujet le 25 janvier dernier.

Les Allemands n'ont pas manqué de réclamer la priorité de ce traitement. La suspension ou *gibet* est employée en Allemagne, d'après M. Roth, par le docteur Klopsch, de Breslau, et à l'Institut orthopédique de Leipsick. Mais cette pratique ne leur est venue, il faut le dire, que d'après l'ouvrage de Glisson, médecin anglais, publié en 1650, sur le rachitisme, et dont une deuxième édition fut faite à Londres dix ans après et une troisième à la Haye en 1682, comme le nom de *Glissonische Schwebe* l'indique. (*Revue mens. de méd. et chir.*, avril.)

Le docteur Sayre a donné le coup de grâce à ceux qui lui disputaient l'emploi de son bandage plâtré, en montrant que la suspension était en usage il y a plus de deux siècles dans le mal de Pott. Il n'y a donc pas lieu d'invoquer la priorité de ce traitement.

Tout en reconnaissant, d'après leur pratique, l'efficacité de cet appareil léger et économique, qui permet d'assurer, au domicile même du malade, un repos complet, absolu et ininterrompu des vertèbres malades, pendant tout le temps nécessaire, MM. Owen et Walker ne croient pas que la suspension soit nécessaire pour son application, surtout dans le but d'étendre une colonne osseuse affaiblie par la carie pour diminuer ainsi l'angle, la courbure qu'elle forme. C'est une théorie que l'expérience de M. Owen à l'hôpital des Enfants malades de Londres n'a nullement confirmée. Cette extension n'est pas plus désirable qu'elle n'est réelle. Il suffit de faire élever les bras des malades autant que possible pour appliquer l'appareil et en obtenir les meilleurs effets, comme il s'en est convaincu. C'est donc une simplification nouvelle qui permettra à tous les praticiens d'employer ce traitement. (*Soc. méd. de Londres*, novembre.)

MALADIES. Maladie de Bright. Quoiqu'étant ici dans l'ordre topographique, on ne peut plus guère placer, sous ce titre, toutes les affections rénales entraînant l'albuminurie, surtout depuis que la néphrite parenchymateuse ou gros rein blanc et graisseux est distinguée, séparée de la néphrite interstitielle ou petit rein, à laquelle s'applique surtout cette dénomination générique.

Coïncidence avec la péritonite. Chez deux jeunes filles de 18 à 19 ans, observées à la clinique de Nancy par M. Bern-

heim, une péritonite sub-aiguë localisée dans un cas, diffuse dans l'autre, fut suivie d'albuminurie, anasarque, hydropisie générale et mort dans un délai assez rapproché pour que, en l'absence de toute autre cause appréciable, on puisse voir là une relation de cause à l'effet, sans que l'on puisse s'expliquer comment ni pourquoi. Une néphrite parenchymateuse fut constatée à l'autopsie, et l'auteur profite de cette occasion pour mettre en parallèle les opinions des auteurs français à ce sujet avec celles des auteurs allemands qu'il semble préférer.

Maladies de nutrition du sang. Voy. Leucocythémie.

Maladie d'Addisson. Distinguant avec une précision presque méticuleuse, surtout au point de vue symptomatologique, la tuberculisation des capsules surrénales des autres lésions de cet organe qui peuvent déterminer également la mélanodermie, le professeur Fabre tend à en faire un genre morbide à part, sous le nom de *phthisie capsulaire*, qu'il assimile, avec un grand luxe de preuves anatomiques et cliniques, à la phthisie pulmonaire. (Voy. Phthisie.)

Maladies nerveuses. *Traité clinique des maladies du système nerveux*, par M. J. Rosenthal, un gros volume in-8°, traduit de l'allemand sur la seconde édition par le docteur Lubanski, revue et augmentée par l'auteur, avec une préface de M. le professeur Charcot ; Paris.

Elève de Rokitanski et de l'école de Vienne, l'auteur s'en est tenu le plus souvent dans ses descriptions à l'anatomie pathologique et à la clinique, en négligeant les spéculations relatives au mécanisme physiologique. C'est ainsi qu'il étudie successivement les maladies des méninges, celles du parenchyme cérébral, de la moelle allongée, puis celles de la moelle épinière, l'hystérie, les névroses, distinguées suivant leurs principaux symptômes : crampes, tremblement et troubles de coordination, ainsi que leur siège. L'adjonction du nom de M. Charcot en indique assez le mérite et la valeur.

Maladies du système nerveux, leçons faites à la Faculté de Montpellier par le docteur J. Grasset.

Analyse exacte des travaux français récents, comme celui

de Rosenthal est celui des travaux allemands. Les deux se complètent donc, car celui-ci est en outre pour la clinique ce que l'autre est à l'anatomie pathologique. L'auteur accepte toutes les découvertes, mais, suivant l'esprit de Montpellier, c'est d'après sa doctrine, qu'il veut que chacun ait pour interpréter les faits. Là est la différence entre les deux auteurs.

Maladies des femmes (*Diseases of women*), par le docteur Lawson Tait, chirurgien de l'hôpital des femmes de Birmingham ; un volume in-12 de plus de 300 pages ; Londres.

La division topographique de cet ouvrage de gynécologie chirurgicale en huit sections en fait la principale originalité : maladies du mont de Vénus ; vulve : grandes et petites lèvres, glande vulvo-vaginale, méat urinaire et périnée ; vagin : urèthre et vessie, fistules vésico-vaginales notamment ; utérus ; ligaments larges ; trompes de Fallope ; ovaires ; bassin : cellulite, abcès, anévrysmes, enchondromes, exostoses, lésions des os, trajets fistuleux, etc. Cette classification nette et précise peut faciliter l'étude de la gynécologie.

Traité clinique des affections de l'utérus et de ses annexes, par le docteur L. Martineau, médecin de l'hôpital de Lourcine ; un vol. in-8° de 316 pages ; Paris, librairie *Germer Baillière*.

Au titre seul de cet ouvrage, on peut en préjuger l'esprit doctrinal. Il dit affections et non maladies pour montrer qu'au lieu de les localiser dans l'utérus, d'après la lésion apparente, comme le faisaient les organiciens d'il y a un quart de siècle : Lisfranc, Velpeau, P. Dubois, H. Bennett, Valleix, Aran, Becquerel, Nonat, il n'y voit que l'effet et la manifestation de l'état général, constitutionnel, diathésique. Les causes locales, si fréquentes et nombreuses, qui les produisent le plus souvent, ne seraient que déterminantes, occasionnelles. Et l'auteur ne manque pas de bons répondants pour soutenir cette thèse : Gibert, Duparcque, Chomel, Bazin, Guéneau de Mussy, Durand-Fardel, Scanzoni, Courty, sont ses parrains. C'est revenir à la médecine des anciens, qui ne voyaient que les états généraux des maladies, à défaut d'en connaître les lésions locales. A force d'interroger solides

et liquides avec le microscope et les réactifs, qui y montrent des altérations générales, multiples, variées, on en tient compte exclusivement pour ne voir que des états généraux, diathésiques, des effets réflexes, sympathiques, constitutionnels. C'est le constitutionnalisme, pour ainsi dire, remplaçant le vitalisme d'autrefois. On néglige les altérations locales visibles, palpables à l'œil nu, pour retomber dans la métaphysique morbide d'autrefois, formée de suppositions, de conjectures et d'hypothèses. A force de vouloir tout voir, on ne voit plus rien de réel, et, au lieu de combattre le mal local, on s'égare dans cette thérapeutique générale pour ne s'attaquer souvent qu'à des fantômes. Tel est le courant actuel.

C'est l'impression que nous avons ressentie en parcourant ces leçons de pathologie et de thérapeutique générale utérine professées à l'hôpital de Lourcine, en 1877, comme introduction au traité spécial qui doit suivre. L'auteur y fait preuve sans doute de connaissances étendues et d'une grande érudition, en faveur de la doctrine qu'il professe, mais sans citer les arguments ni les observations contradictoires. Elève de cette école et adhérent de ce parti clinique qui prétend concilier toutes les acquisitions de la science actuelle et les résultats de la plus scrupuleuse observation avec les enseignements et la tradition du passé, il s'efforce de les faire concorder ensemble. De là la prédominance donnée à la thérapeutique des eaux minérales, suivant leurs indications générales et spéciales, tellement que plus de la moitié du livre y est consacrée avec un formulaire particulier.

L'antagonisme n'est pas moins évident avec l'école organique et anatomique pure, qui ne tient compte actuellement que des résultats constatés par l'examen du sang et des autres liquides et les effets obtenus mathématiquement. La lutte est donc frappante entre les deux écoles opposées, rivales qui se sont toujours disputé le domaine de la médecine : la première qui se contente du raisonnement, de l'induction et l'observation, la seconde à qui il faut des données objectives, palpables, visibles, se comptant par poids et mesure, des chiffres et des nombres ou des couleurs. Telle est la science actuelle. Aussi, malgré son triple diagnostic anatomique, pathogénique et nosologique, M. Martineau n'arrive

pas à la précision mathématique de la jeune école sur le siège exclusif des manifestations hystériques dans l'ovaire, ni celui des paralysies et des paraplégies.

Toute personnelle est la forme du livre, ce qui tient sans doute à ce qu'il a été fait *ex cathedra*. Les *je*, les *moi* y abondent à chaque ligne, au mépris du précepte de Montaigne. En tout, le moi est haïssable et d'autant plus ici que la plupart des observations, des preuves et des textes invoqués n'émanent pas de l'auteur même, mais de maîtres, de confrères, collègues ou amis, cités *in extenso*. Les noms propres y fourmillent ainsi, accompagnés d'adjectifs optimistes.

MÉDECINE LÉGALE. Le scandale soulevé par les éclatantes opinions contradictoires émises par les experts dans le procès Danval, sur la constatation de l'empoisonnement par l'arsenic, autant que par la cassation du jugement de la femme Lerondeau, condamnée pour empoisonnement par l'acide oxalique, et tant d'autres, a vivement ému l'opinion et les médecins surtout. Aussi la question a-t-elle été portée devant le Congrès international de médecine légale, qui, après discussion, a émis le vœu qu'il soit créé en France, comme ils existent dans la plupart des autres pays, des experts de deux degrés en médecine légale et des experts en toxicologie, nommés au concours ; que des cours de médecine légale pratique soient institués, à cet effet, dans toutes les écoles de médecine et qu'un enseignement spécial d'analyse toxicologique ait lieu dans les écoles de pharmacie.

Ecchymoses sous-pleurales. Depuis que la spécificité de ce signe médico-légal de la mort par suffocation, découvert par Tardieu, a été mise en suspicion et infirmée solennellement par une décision judiciaire (voy. *année* 1877), les preuves abondent pour en atténuer la valeur. Le docteur Pinard l'a constatée ainsi sur des mort-nés par arrêt de la circulation dans la dernière période du travail ou quelques instants après la naissance. Des taches ecchymotiques, absolument semblables à celles qui résultent de la mort par suffocation, existaient sur les poumons, le cœur, le thymus et même parfois sur le tissu cellulaire sous-cutané. L'arrêt

de la circulation était dû dans un cas à une rigidité du col, dans un autre à une procidence du cordon dans une présentation du siège. Elles se sont montrées également chez des nouveau-nés, morts quelques jours après la naissance par suite de la longueur et de la difficulté de l'expulsion, quoique les poumons fussent pénétrés d'air. Ces ecchymoses ne sont donc pas si exceptionnelles que l'avait dit Tardieu, et leur existence ne prouve pas toujours l'étouffement, la suffocation, puisque l'arrêt simple de la circulation peut les déterminer. (*Soc. de méd. légale*, mars 1877.)

Une commission nommée par la Société de médecine légale ayant été chargée d'étudier la question, le docteur Legroux a reconnu après expériences, et outre toutes les preuves invoquées à l'appui dans son rapport, que ce signe se rencontrant à divers degrés dans les asphyxies violentes par pendaison, strangulation, submersion, étouffement, écrasement du thorax et suffocation, il était sans valeur spécifique pour montrer ce dernier genre de mort et qu'il n'en peut acquérir que par les autres signes concomitants tendant à l'établir. (*Ann. d'hygiène et de méd. légales*, juillet et septembre.)

M. Laborde a montré que l'intoxication par l'aconitine cristallisée, qui suspend la respiration, détermine aussi la formation d'adhérences sous-pleurales. Elles ont même été constatées par le docteur Laforest, chez une vieille femme de 64 ans, morte subitement d'une hémorrhagie cérébrale constatée par l'autopsie. (*Gaz. hebd.*, n° 38.)

Ce signe, déterminé par la suffocation, est donc insuffisant pour indiquer à lui seul le genre de mort. Il serait surtout intéressant d'en rechercher l'existence dans la mort subite par angine de poitrine, hémorrhagie cérébrale ou rupture d'anévrysme, où la respiration est arrêtée soudainement. (*Congrès intern. de méd. légale*, août.)

Examen microscopique du sang. Son utilité a été démontrée par le docteur Joncs, de la Nouvelle-Orléans. Ayant reçu des vêtements tachés de sang provenant d'un individu prévenu d'avoir assassiné un vieillard avec perte considérable de sang, il reconnut non-seulement que c'était du sang humain; mais, ce sang contenant une grande quantité de globules blancs, il conclut qu'il provenait d'un individu atteint

de leucocythémie. Or les témoignages ayant démontré que le vieillard assassiné avait les fièvres intermittentes au moment du meurtre, les juges furent d'avis que ces taches de sang étaient une preuve convaincante du crime et condamnèrent l'accusé à la peine capitale. (*New-Orleans med. Journal.*)

Contusion de l'abdomen. V. ABDOMEN.

The identification of the human skeleton (L'identité du squelette humain), étude médico-légale qui a remporté le prix de la Société médicale du Massachusetts en 1878, par Th. Dwight, ancien professeur d'anatomie à l'école du Maine. Boston.

Ce mémoire important porte sur les questions suivantes, qu'il résout scientifiquement : Ces os sont-ils humains? Appartiennent-ils à un ou plusieurs individus? Quel est leur sexe, leur âge? et depuis combien sont-ils morts? Quelle était leur taille? et, si certaines parties manquent, peut-on en évaluer le volume, et comment?

On comprend dès lors l'importance de cet ouvrage à ce point de vue spécial et difficile de l'identité.

Précis de médecine judiciaire, par A. Lacassagne, médecin-major et professeur agrégé du Val-de-Grâce et de la Faculté de médecine de Montpellier; un vol. in-12 de 576 pages, avec 47 figures dans le texte et 4 planches coloriées; Paris.

MÉNINGITE. Un exemple de variété très-rare de péripachyméningite spinale a été observé à l'hôpital du Collége médical de Bellevue, à New-York, par le professeur Janeway. Un jeune teinturier fut pris d'une vive inflammation d'une main; ce qui fut attribué simplement à l'action des substances irritantes qu'il employait. Mais bientôt une violente douleur se déclara à la nuque et entre les épaules. La perte complète du mouvement et du sentiment de tout un côté du corps, la face exceptée, y succéda et cette hémiplégie fit diagnostiquer une méningite spinale. Enfin un gonflement diffus se montra lentement sur le côté de l'épine dorsale, qui aboutit, après de longs mois, à un écoulement puru-

lent ouvert dans la région du muscle rhomboïdal. Un fragment d'os nécrosé s'en échappa qui provenait sans doute du scapulum, car une crépitation de cet os avait été perçue précédemment.

Tous ces accidents furent lents. La paralysie dura plus d'un an, surtout dans le membre inférieur. Le mouvement et la sensibilité reparurent d'abord dans le bras, puis dans la jambe, et, après 21 mois de séjour à l'hôpital et l'emploi de l'électricité, ce garçon marche et se sert de ses membres aussi parfaitement qu'avant sa maladie ; la main atteinte est aussi forte que l'autre. (*Boston med. and surg. journal*, janvier, n° 4.)

A quoi donc attribuer cette hémiplégie passagère, sinon à l'inflammation de la dure-mère du côté paralysé et aux nerfs qui la traversent? Le processus inflammatoire des tissus superficiels peut en rendre compte, et son extension par continuité à la moelle peut seule en expliquer la localisation et la guérison. Ce serait donc là une variété peu connue et rarement observée de pachy-méningite spinale. Les détails cliniques manquent sans doute dans cette observation, mais la guérison suffit à la rendre intéressante et à en faire préjuger la cause externe.

Ergotine. Guidé par cette assertion émise par M. Gubler dans ses *Commentaires* que l'ergot de seigle amène une forte contraction des capillaires du cerveau, le docteur Dumolard a administré l'ergotine de Bonjean chez une jeune fille de 16 ans, atteinte de méningite. Les dérivatifs sur la peau et le tube intestinal, les réfrigérants, le silence n'avaient empêché ni le délire, le coma et même les convulsions toniques, lorsque, le sixième jour du traitement, l'ergotine fut administrée à la dose de 2 grammes par jour dans 200 grammes d'eau pendant deux jours consécutifs. Un mieux sensible se déclare aussitôt; la connaissance et le sommeil reparaissent; mais une douleur se montre sur le côté droit du cou descendant vers l'épaule, qui augmente le lendemain. Elle traverse les deux oreilles et s'accompagne de contraction tonique des muscles de la mâchoire, du sterno-mastoïdien et du trapèze. Suivant Arnal et Trousseau, ces phénomènes sont attribués à l'ergotine, et l'on en cesse immédiatement l'usage. Le mieux se maintient et augmente; la guérison a lieu.

Il paraît donc évident que cet agent a été utile contre les phénomènes cérébraux, mais qu'il n'y a plus lieu d'insister sur son emploi dès que les phénomènes d'ergotisme se manifestent. (*Lyon méd.* n° 46.)

Méningo-encéphalite expérimentale. *Symptômes d'après les lésions.* Ayant cautérisé la surface convexe du cerveau par l'introduction de nitrate d'argent solide dans la cavité de l'arachnoïde de dix chiens anesthésiés par injection intraveineuse d'hydrate de chloral, MM. Bochefontaine et Viel ont observé les différences symptomatiques suivantes. Chez sept de ces animaux, où la cautérisation portait sur la circonvolution sigmoïde et en arrière d'elle, c'est-à-dire dans les deux tiers antérieurs de la face convexe des hémisphères cérébraux, des mouvements ataxiques se sont montrés, trois à quatre jours après, dans les membres du côté opposé à la lésion, suivis de faiblesse paralytique, ainsi que dans les muscles peauciers de la face et du cou, avec diminution ou perte de la sensibilité, de l'ouïe et de la vue du même côté. Une seule fois, la patte antérieure a pris une attitude vicieuse du côté cautérisé. Des attaques épileptiformes, précédées ou suivies de manifestations délirantes, avec salivation abondante, accidents choréiformes, ont aussi été notées, et six ont succombé épuisés par les convulsions et la maigreur.

La cautérisation ayant porté sur le tiers postérieur d'un lobe cérébral, chez les trois autres, aucun d'eux n'a présenté de trouble cérébral. Sacrifiés un mois après, ils ont offert les mêmes altérations anatomiques que les précédents et consistant dans une inflammation irritative de l'écorce grise cérébrale accompagnée parfois de ramollissement, avec ou sans exulcération de la partie cautérisée. La dure-mère adhérait parfois à l'écorce grise, et, deux fois, on a constaté des pseudo-membranes entre elles. Aucune trace de méningite n'existait en dehors des points indiqués. (*Acad. des sc.*, décembre 1877.)

Ces expériences sont donc favorables à la localisation des fonctions cérébrales et permettent de distinguer la méningite localisée en arrière et en avant.

MICROPHONE. Voy. Auscultation, Calculs vésicaux.

Le microphone et ses applications en médecine, par le docteur Giboux. Brochure de 50 pages avec figures intercalées dans le texte.

MORT. *Des causes de la mort prompte après les grands traumatismes accidentels et chirurgicaux*, thèse d'agrégation à la Faculté de médecine de Paris, par M. Vincent. Paris. Il la rapporte principalement à l'action réflexe, en s'appuyant sur les nombreuses expériences de physiologie expérimentale qu'il groupe avec beaucoup de soins et détails. Toutes les autres causes, comme hémorrhagies, refroidissements, entrée de l'air dans les veines, septicémie aiguë, chloroformisation, états constitutionnels, ne sont indiquées que par surcroît, car 260 observations, résumées très-habilement, en montrent bien mieux l'action que de vaines descriptions. C'est donc là une monographie importante de la mort subite.

Mort par l'introduction de l'air dans les veines. Ce fait, si bien connu et tant redouté des chirurgiens, se manifeste également chez les chevaux. En enlevant une tumeur mélanique de la région parotidienne gauche, M. Peuch, ayant sectionné une branche de la jugulaire qui traversait la tumeur, observa aussitôt, avec l'écoulement du sang, des mouvements convulsifs de tout le corps et des masséters avec respiration irrégulière et sueurs. Mort immédiate.

Sur 60 fois qu'il a employé cette insufflation de l'air dans les jugulaires pour tuer des chevaux vieux ou morveux destinés aux dissections, le même vétérinaire les a constamment vus mourir, les uns rapidement foudroyés, les autres beaucoup plus lentement. Une quantité d'air plus ou moins grande est nécessaire. Un seul s'est montré réfractaire à cet agent. (*Soc. des sc. méd.* et *Lyon méd.*, n° 2.)

Mort subite. Voy. Kystes de l'ovaire, Syphilis cardiaque.

MYDRIATIQUES. Un nouveau succédané de l'atropine, ayant toutes les propriétés de cet alcaloïde à un degré plus prononcé, vient d'être découvert en Australie : c'est le *Duboisia myoporides*, grand arbrisseau indigène de la Nouvelle-Galles du Sud, du groupe des Salpiglossidées, intermédiaire entre les Solanées et les Scrofulariées, mais définitivement

placé dans les premières et que l'on rencontre à Queensland et dans la Nouvelle-Calédonie. Des expériences tentées avec l'extrait par le docteur Bancroft, qui l'a découvert, il résulte, d'après son mémoire lu à la Société philosophique de Queensland en octobre 1877, que les chiens et les chats auxquels on l'administre marchent aussitôt difficilement, en trébuchant au moindre obstacle, comme les aveugles, s'endorment dès qu'on les laisse en repos, ayant la pupille très-dilatée. Deux gouttes d'une solution aqueuse, instillée dans l'œil sain sur des malades des hôpitaux de Brisbane et de Sydney, ont dilaté largement la pupille, en dix minutes, avec paralysie complète de l'accommodation en une demi-heure. Quatre jours après, une mydriase considérable persistait encore avec quelques troubles de la vue.

Des expériences renouvelées à Londres, par le professeur Sydney Ringer, il résulte que six gouttes d'une solution aqueuse d'extrait au 5e, injectées dans la peau d'un chat, ont produit, en quinze minutes, la dilatation des pupilles avec sécheresse de la gueule au point d'affaiblir ses cris. Il y avait aussi une faiblesse générale. Tous ces symptômes persistaient à un degré très-marqué quarante heures après l'injection.

Une injection hypodermique avec un demi-grain de cet extrait, pratiquée sur un homme, amena aussitôt la dilatation de la pupille et la sécheresse de la gorge. Ces effets physiologiques furent bien plus marqués et intenses après l'injection d'un grain sur un autre homme. Pendant cinq heures, il put à peine parler. La somnolence se manifesta un quart d'heure après et dura deux heures avec céphalalgie persistante. Il y avait aussi un peu de faiblesse chez le second, et le pouls s'éleva ensuite de 66 à 120 pulsations par minute.

Pour déterminer son action sur la transpiration, un grain de nitrate de pilocarpine fut injecté sous la peau d'un phthisique sans fièvre, ce qui provoqua aussitôt une abondante salivation avec sueur. Les gouttes perlaient sur le visage. Neuf minutes après, trois gouttes d'une solution aqueuse de l'extrait de *Duboisia* au quart étant injectées sous la peau, celle-ci était sèche sept minutes ensuite, et la salivation diminua. En dix minutes, ce malade se plaignait de sécheresse de la gorge et les pupilles se dilataient. En vingt minutes, la langue était sèche et le malade somnolent. Le

lendemain, dix-neuf heures après l'expérience, la sécheresse de la bouche et la dilatation des pupilles persistaient encore.

Comme l'atropine, cet extrait est aussi antagoniste de la muscarine sur le cœur de la grenouille, d'après les expériences suivantes. La moelle épinière de trois grenouilles étant divisée en avant de la membrane occipito-atlas, une cheville est introduite, qui détruit le cerveau sans aucune hémorrhagie, et, le cœur de ces batraciens insensibilisés étant mis à nu, une petite quantité de muscarine est déposée sur les oreillettes et les sinus veineux. Les battements diminuèrent bientôt et tombèrent de 31 à 6 par minute chez la première, de 34 à 26 chez la seconde, et de 32 à 14 chez la troisième, d'une faiblesse extrême. Or, dans ces trois cas, il suffit d'appliquer une solution aqueuse de l'extrait de duboisia pour que les battements se relevassent instantanément à 28 chez la première grenouille et à 30 chez les deux autres, en persistant ensuite avec force pendant plusieurs heures.

Cinq gouttes du même extrait, injectées sous la peau d'une grenouille pesant 30 grammes, ont produit, en quarante-huit heures, un état tétanique avec les pattes convulsées et étendues. Mais deux autres expériences semblables restèrent sans résultat.

Il est donc bien établi que si le principe actif de cette plante n'est pas absolument identique à l'atropine, il en est très-ressemblant, et qu'on peut l'employer comme son succédané le plus immédiat, comme mydriatique surtout. Des expériences précises faites à ce sujet par M. Twedy, chef de clinique à l'hôpital ophthalmique, sur des malades et sur lui-même, lui ont démontré qu'il avait une action bien plus rapide que l'extrait même le plus concentré de belladone. Dissous dans 20 parties d'eau distillée et instillé dans l'œil, cet extrait du *Duboisia myoporides* a amené une rapide et complète dilatation de la pupille, qui a persisté de six à dix jours après, avec perte de l'accommodation durant trois à quatre jours qui revenait complète ensuite. C'est donc sous ce rapport surtout qu'il peut être introduit avec avantage dans la hérapeutique oculaire. (*Lancet*, 2 mars.)

N

NÉCROLOGIE. La guerre et la fièvre jaune, qui ont été les deux plus grands fléaux de l'année, ont sévi cruellement sur les médecins. Car si c'est leur devoir privilégié de se porter au secours de ceux qui souffrent, pour les préserver ou les sauver de la mort qui les menace, ils y sont aussi plus exposés que personne par l'infection et la contagion qui les entoure. C'est là leur champ de bataille et leur péril. Plus que dans toutes les autres professions, ils payent un lourd tribut à la guerre et aux épidémies. La guerre turco-russe a fait ainsi un nombre considérable de victimes, dans le service de santé militaire surtout, par suite du typhus qui a sévi en dernier lieu dans l'armée victorieuse. Suivant un rapport du délégué russe au Congrès international des secours aux blessés, 150 médecins militaires ont succombé, dont 14 sur les champs de bataille.

Les pertes dans l'armée turque n'ont pas été moins considérables, car sur 105 chirurgiens anglais, tous jeunes et robustes, envoyés par des comités de secours, 35 furent atteints de fièvre et 10 sont morts à la peine, sans compter les autres chirurgiens étrangers qui étaient allés spontanément prêter leur secours.

Plus impitoyable encore s'est montrée la fièvre jaune, qui s'est déclarée dans la Louisiane aux États-Unis et dans nos possessions françaises du Sénégal. Les médecins de la marine française, qui y exercent en grande majorité, y ont été décimés. Le médecin en chef Bourgarel a été, l'un des premiers, victime de son dévouement, ainsi que celui qui l'a remplacé. Les docteurs Bellom, Guillot, Chénier n'ont pas tardé à les suivre, et l'on évalue ainsi à un nombre élevé les médecins et pharmaciens français victimes de cette cruelle épidémie.

Aux dernières nouvelles d'Amérique, plus de 100 médecins étaient tombés victimes de leur dévouement, car plusieurs, comme le docteur Kibbe, de l'Ohio, étaient accourus spontanément au secours des malades. Quand tous les habitants s'enfuyaient épouvantés, pas un seul n'a quitté son poste. D'abondantes souscriptions ont été faites par les Sociétés médicales en faveur de leurs familles

Et, outre ces jeunes et vigoureux confrères, glorieusement tombés au champ d'honneur, combien ont terminé plus obscurément leur carrière qui s'étaient depuis longtemps distingués par leurs travaux ! C'est le docteur Menzel, à Berlin, l'un des élèves les plus distingués de Billroth ; le professeur Bartels, à Kiel ; Fonteret, le protecteur dévoué des petits enfants de Lyon ; et... et tant d'autres que, à défaut de pouvoir citer leurs noms, nous répéterons ici l'éloge confraternel prononcé le 1er mars à la *Royal medical and chirurgical Society* de Londres par son président M. Charles West :

« Une chose me frappe, en retraçant ces courtes notices sur les collègues perdus cette année ; on peut dire presque de tous sans exception « qu'ils ont servi leur propre génération au lieu d'eux-mêmes ». La sphère dans laquelle ils ont travaillé était plus large pour l'un ; plus étroite pour l'autre ; celui-ci a usé son énergie au bien-être de la paroisse où il vivait; celui-là s'est dévoué aux intérêts de ses compatriotes sur le grand continent de l'Inde, un troisième à la défense des principes qui lui semblaient soutenir les plus hauts intérêts de notre profession, tandis qu'un quatrième, sans souci du gain qu'il aurait pu faire ni des distinctions publiques qu'il aurait pu obtenir, a soutenu le pauvre et enseigné presque jusqu'à son dernier jour. Louer les jours qui ont fui, vivre dans le passé plutôt que dans le court avenir qui nous reste, je le sais, c'est une disposition naturelle à mesure que la vie s'en va, que le soleil décline. Mais je ne puis m'empêcher de m'élever contre l'esprit du jour, l'empressement à s'avancer, et le désir des richesses pour se livrer à des prodigalités inutiles, ce qui tend à émasculer le caractère en plaçant le moi, et non pas un moi élevé, à la place de quelque chose de plus large, de plus noble et de meilleur. »

Anglada, professeur célèbre de pathologie interne à la Faculté de Montpellier et que de savants travaux sur les virus avaient associé à l'Institut de France, a succombé après une longue et douloureuse maladie à 69 ans. Il illustrait par son nom la Faculté, qui voit de plus en plus disparaître ses sommités avec ses traditions. Aussi a-t-elle rendu des honneurs éclatants à sa dépouille.

Asson *Michel-Ange*, célèbre chirurgien du grand hôpital de Venise et professeur d'anatomie à l'Académie des beaux-arts, a cessé de vivre en 1877, âgé de 75 ans. Frappé d'apoplexie en 1872, il était plus mort que vivant depuis lors. Opérateur habile et savant distingué, il cultivait les lettres avec amour, comme son *Histoire de la physiologie de Gallini* et son *Discours sur Dante et les belles-lettres* en sont les témoignages.

Atlee *Washington*, le célèbre ovariotomiste américain, a succombé d'un cancer du rein gauche, à Philadelphie, le 7 septembre, âgé de 70 ans. Trois ovariotomies avaient encore été exécutées par lui en mai dernier, dont l'une, de mauvaise nature, est regardée comme la cause de sa mort prématurée. Très-fatigué à son retour, il ne s'est pas rétabli depuis.

Simple apprenti avec le professeur Gross en 1826 dans le cabinet du docteur Mc Clellan, fondateur du *Jefferson medical College*, Atlee, destiné comme tant d'autres chirurgiens illustres à être un modeste praticien de campagne, s'éleva rapidement par son goût pour l'étude, son activité et sa parfaite honorabilité. La spécialité qu'il choisit lui valut surtout une grande célébrité. Il en était à sa 400e ovariotomie lors de sa mort. Toutes les Sociétés médicales se l'étaient associé comme personnifiant l'honneur de la profession.

Bardy-Delisle, chirurgien de l'hôpital de Périgueux, a succombé aux suites d'un ictus apoplectique le 19 janvier, dans sa 57e année seulement. Intelligence hors ligne, habile, actif, dévoué, il avait acquis de bonne heure un rang distingué dans sa profession et fut élu président de la Société locale des médecins de la Dordogne. Nommé maire pour ses opinions politiques, il fut décoré. A l'apogée de toutes ces distinctions, la mort est venue le surprendre.

Bernard *Claude*, l'éminent physiologiste que toutes les nations enviaient à la France par la gloire et le génie de ses immortelles découvertes, a cessé de vivre le 11 février, à 65 ans, quand l'on pouvait encore attendre beaucoup de son activité et de son influence sur l'avenir de la physiologie expérimentale, qu'il avait fondée et dont il dirigeait

les destinées. Comme l'astre éclatant qui disparaît, ce brillant génie, si simple et lucide, si lumineux, a cessé d'éclairer l'humanité de ses rayons, de guider la jeunesse par ses conseils bienveillants. Quelle perte pour la France, pour l'Europe, pour le monde entier, qu'il remplissait de sa renommée!

Sans avoir à tracer une biographie complète de ce grand homme, dont les siècles conserveront précieusement le nom et les travaux, il est un trop grand honneur pour le corps médical auquel il appartenait pour ne pas rappeler ici ses œuvres principales. Né le 12 juillet 1813 dans le département du Rhône, il hésita longtemps à entrer dans la voie où il devait tant s'illustrer. Son puissant esprit naissant, en se portant sur divers objets, comme s'il voulait les embrasser tous, ne pouvait se fixer. Après un court stage en pharmacie, il se livra à la poésie, deux genres bien différents, et arriva à Paris en 1834 avec une grande tragédie en poche. C'était tout son espoir d'avenir. Il fut désillusionné par un littérateur positif, M. Saint-Marc Girardin. Il se mit dès lors à étudier la médecine et fut nommé interne des hôpitaux en 1839. Deux ans après, il était préparateur de Magendie au Collège de France. Reçu docteur en médecine en 1843, à l'âge de 30 ans, il s'attacha définitivement à l'étude de la physiologie, en suivant les leçons et les expériences de Flourens et de Longet avec Mateucci et Brown-Séquard. Trois ans après, en 1846, il donnait lui-même des leçons et des démonstrations particulières à l'École pratique. Son habileté fut bientôt remarquée, et ses premiers travaux sur la digestion avec Barreswill, en l'amenant à découvrir une substance fermentescible dans le foie, furent la voie qui le conduisirent rapidement aux plus grandes découvertes : le foie comme siège de la fabrication du sucre de l'économie, le suc pancréatique comme digestif des matières grasses. Dix ans d'expériences physiologiques, de vivisections avaient suffi à son génie pour mener à bonne fin ces deux œuvres principales de son activité, dont il promulgua les lois de 1853 à 1856, sans compter les découvertes intermédiaires qu'il faisait chaque année, notamment la production du diabète par la piqûre du quatrième ventricule, la découverte des vaso-moteurs, et tant d'autres, dont la moindre suffirait à illustrer un homme.

Les places, les honneurs, les distinctions, les dignités vinrent bientôt récompenser de si grandes découvertes. Docteur ès sciences en 1853, il fut nommé professeur de physiologie à la Faculté des sciences, puis au Collège de France, puis au Muséum. L'Institut, l'Académie de médecine et l'Académie française se l'associaient à l'envi, comme toutes les Sociétés savantes étrangères, en lui décernant des couronnes et des prix. Pendant trente ans, il marcha ainsi au premier rang des physiologistes, en touchant à tous les sujets et en y laissant sa trace ineffaçable. Le titre de sénateur de l'Empire lui fut conféré avec le cordon de commandeur de l'ordre de la Légion d'honneur.

C'est dans la série de ses *Leçons*, publiées d'année en année, que l'on peut connaître dans son ensemble l'œuvre de Cl. Bernard. Les vues et la méthode de l'auteur s'y trouvent en entier. Après son *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, il faut lire ses leçons *sur l'effet des substances toxiques et médicamenteuses*, sur la *physiologie et la pathologie du système nerveux*, sur les *propriétés des tissus vivants*, sur la *pathologie expérimentale* et la *physiologie générale*, sur les *anesthésiques* et la *chaleur animale*. On peut juger, par cette simple énumération, de l'étendue et de la variété de l'œuvre immense de Cl. Bernard et les profonds regrets que sa perte a causés dans la nation tout entière. Aussi ses funérailles ont-elles été faites aux frais de l'État, pour reconnaître les mérites d'une vie entièrement consacrée au service de la science et dont les découvertes profitent à l'humanité.

Blundell *James*, le célèbre professeur de physiologie et d'obstétrique à Guy hospital, le contemporain et l'élève de sir A. Cooper, Cline, Babington, Bell et tant d'autres illustrations passées à la postérité, a terminé sa longue carrière de 87 ans, le 15 janvier. Retiré depuis longues années, son nom était presque oublié. Sa mort l'a fait revivre, car c'est à lui que se rattache la transfusion du sang. Le premier, à Londres, il agita et résolut cette question pratique. Après diverses expérimentations, il la pratiqua avec succès, en 1818, après les hémorrhagies *post partum*, que sa spécialité d'accoucheur lui permettait d'observer. Le premier aussi, en 1823, il montra, par l'expérimentation sur les lapins, que le

danger du traumatisme du péritoine avait été fort exagéré. Il en fit la démonstration, le 12 février 1828, par l'extraction de l'utérus. Il encouragea ainsi la chirurgie abdominale et contribua puissamment à l'inspiration de l'ovariotomie, la gastrotomie et tant d'autres opérations qui ont confirmé sa prédiction et sont la gloire de la chirurgie contemporaine. A tous ces titres, le nom de celui qui en a été l'initiateur mérite d'être conservé.

Churchill *Fleettwood*, le chef illustre de l'école gynécologique d'Irlande, dont les travaux d'obstétrique à la Maternité de Dublin ont eu tant de retentissement, a terminé sa laborieuse carrière le 31 janvier, à 70 ans. Professeur dès 1856, il ne cessa toute sa vie de s'occuper spécialement d'obstétrique et des maladies des femmes et contribua puissamment, par son enseignement et ses ouvrages, à faire progresser cette branche de l'art. Son *Traité d'accouchements*, ceux sur les maladies des femmes et des enfants, traduits en toutes langues, sont encore classiques et dans toutes les mains. Son nom restera ainsi à juste titre attaché indissolublement à la gynécologie du XVIIIe siècle.

Clarke *Edward*, professeur de matière médicale à l'Université Harvard et l'un des médecins les plus consultés de Boston, a succombé le 30 novembre 1877, âgé de 57 ans, aux progrès d'un cancer du rectum dont il souffrait depuis deux ans. C'est une grande perte pour la Faculté de médecine, où il enseignait la thérapeutique avec un grand succès. Malgré l'heure hâtive de ses leçons en hiver, huit heures du matin, son auditoire était toujours complet. C'était un professeur soigneux. L'action du médicament sur les animaux et l'homme, l'effet des doses fortes et faibles, leur usage persistant et les circonstances modifiant leur action, étaient exposés séparément et clairement, et il traitait avec le même soin de l'action de la lumière, de la chaleur, de l'air, de l'imagination.

C'était le Trousseau américain. D'une taille élevée, svelte et le regard pénétrant comme lui, ainsi que nous le vîmes en 1869, il s'exprimait clairement et laconiquement. D'une grande initiative, il releva en 1846 la Société médicale d'observation et fonda en 1850 l'école médicale de Boylston.

L'Université Harvard se l'agrégea ainsi en 1855, et il en fut bientôt l'un des membres les plus distingués.

Il ne laisse que quelques monographies sur les bromures et la médecine pratique. Son *Essai sur l'éducation médicale des femmes*, en 1873, est celui qui eut le plus de retentissement.

Donné *Alfred*, l'ancien inspecteur général des Facultés et Écoles de médecine et l'ex-recteur des Académies de Strasbourg et de Montpellier, a disparu de la scène médicale, à Paris, aussi obscurément qu'il s'y montra brillant et retentissant au début. Chef de clinique du professeur Bouillaud, qui lui survit, il s'adonna à l'enseignement privé sur le microscope et l'allaitement des enfants avec un grand succès. Mais ses attaches avec le gouvernement de Juillet le dévoyèrent bientôt de ces études pratiques pour entrer dans l'administration, et c'est ainsi qu'il parcourut sa carrière.

Ehrmann *Charles-Henri*, ancien doyen et professeur de la Faculté de médecine de Strasbourg et qui, par son âge, son activité et ses travaux, personnifiait le mieux cette ancienne Faculté, a succombé à Strasbourg, le 19 juin, dans sa 86e année. C'est lui qui le premier, en 1841, pratiqua la laryngotomie pour l'extirpation d'un polype, considéré comme incurable. Son mémoire sur cette opération lui ouvrit les portes de l'Institut, dont il était correspondant. Il venait de prendre sa retraite, après 56 années de services, lorsque la guerre d'Allemagne éclata, et lui ravit le fils qu'il chérissait et qui soutenait si bien son nom ; il en fut atterré, mais il resta là néanmoins, où il avait passé toute sa vie active, pour être enterré dans sa terre natale. C'est une des sommités chirurgicales françaises de l'Alsace dont la France conservera le souvenir comme l'un de ses glorieux enfants.

Gintrac *Henri*, doyen et professeur à la nouvelle Faculté de médecine de Bordeaux et qui, à ces titres hérités de son illustre père, était destiné à y continuer longtemps les services et les savantes traditions, l'a suivi à une année près dans la tombe. Ni l'un ni l'autre n'ont ainsi pu jouir des honneurs qui leur étaient réservés, de l'inauguration

de cet établissement, qu'ils avaient tant contribué à fonder. Une maladie du cœur l'a emporté, peu de jours après, à la fleur de l'âge. Il est vivement regretté de ses confrères et de ses concitoyens, car, s'il n'égalait pas son père par l'étendue de ses connaissances et de ses travaux, il le dépassait par son activité et ses qualités d'administrateur.

Ghinozzi *Charles,* professeur de clinique médicale à l'Institut supérieur de Florence, a succombé en 1877, à 66 ans seulement. Disciple de Bufalini, il devint le principal représentant de l'école de ce maître célèbre, dont il était si aimé qu'il en devint comme le fils adoptif, en ne cessant de l'assister jusqu'à sa mort. Ces deux noms, intimement liés pendant la vie, sont maintenant réunis dans la tombe avec leur célébrité commune.

Gromier *Emile*, le médecin zélé, actif, disert de Lyon, l'esprit ouvert à tout, progressif, encourageant, a succombé cette année à 67 ans. Secrétaire particulier de Broussais, il avait comme hérité de la vivacité, de la promptitude et de l'étendue d'esprit du grand réformateur. Médecin de l'Hôtel-Dieu, puis professeur de pathologie interne à l'École secondaire, il venait d'être nommé à la chaire de médecine légale de la nouvelle Faculté, en raison même de ses travaux comme médecin expert pendant vingt-cinq ans près les tribunaux, lorsque son suppléant, le docteur Français, étant mort, il le suivit aussitôt dans la tombe. Grande perte pour la Faculté naissante, qui ne pourra y suppléer que difficilement.

Hawkins *Francis*, l'un des médecins les plus distingués de Londres, s'est éteint à la fin de 1877, âgé de 84 ans. Son rôle fut considérable dans la pratique et l'enseignement. Médecin de l'hôpital Middlesex, il devint professeur au Collége et contribua ensuite, comme médecin de Georges IV et de la famille royale, à la fondation de l'école de médecine de *King's College*, dont il remplit pendant de longues années la chaire de pathologie interne. Il ne laisse qu'un *Traité des maladies rhumatismales*.

Hilton *John*, le célèbre chirurgien anglais, a succombé après une courte maladie, le 14 septembre, dans sa 74e an-

née. Ses nombreux travaux, en contribuant aux progrès de la chirurgie, le portèrent de bonne heure aux premiers emplois. Professeur d'anatomie et de chirurgie à l'hôpital Guy, dont il fut chirurgien consultant jusqu'à sa mort, il devint successivement membre, examinateur et président du Collége des chirurgiens et de l'Université de Londres et chirurgien extraordinaire de la reine. Et il fut toujours à la hauteur de ces grandes fonctions.

Hirtz, le professeur si renommé et bienveillant de la Faculté de Strasbourg, a cessé de vivre en janvier, âgé de 69 ans seulement. C'est encore une victime de la Prusse, qui, en le séparant violemment de ses études, de son foyer et de ses malades, a brisé sa carrière et sa vie. La maladie ne l'a plus quitté depuis, et il dut cesser son enseignement. L'Académie de médecine l'accueillit aussitôt en l'élisant membre titulaire dans la section de pathologie. L'éclat qu'il avait jeté sur la Faculté française de Strasbourg comme professeur de clinique médicale, notamment par ses études sur la fièvre et l'action de la digitale, fut ainsi récompensé. Il jeta encore ici quelques lueurs de son esprit et de son talent d'observation, mais ce fut tout. Il avait été frappé à mort par la Prusse victorieuse.

Jephson *Henry*, l'un des plus remarquables médecins anglais de ce siècle, est mort à Leamington, le 14 mai, âgé de 80 ans. Condisciple de *sir* Benjamin Brodie à l'hôpital Saint-Georges, dont il demeura l'ami jusqu'à sa mort, il commença à pratiquer la médecine à Leamington, sous M. Chambers, en 1818. Reçu docteur à Glasgow dix ans après, il eut un tel succès, pendant vingt ans, que des malades de toutes les parties du royaume, des colonies et du continent venaient le consulter dans cette petite localité. Il était occupé nuit et jour et avait fait établir des relais de postes spéciaux pour ses consultations. Ses honoraires s'élevaient à une somme fabuleuse, c'est-à-dire de 5 à 600,000 chaque année. Sa santé en fut bientôt atteinte; dès 1846, sa vue faiblit, et, malgré les bons soins de Sichel, une cécité absolue le força à se retirer en 1848. Mais il employa son immense richesse à fonder plusieurs institutions publiques, et, en dehors de la profession, il fut l'homme le plus admiré et le plus estimé.

Kovacs *Sebestenx-Endre*, le célèbre praticien hongrois, a succombé subitement, le 18 mai, à la rupture d'un anévrysme de l'aorte, âgé seulement de 63 ans. Il était auprès d'un de ses malades quand il se plaignit d'un mal de tête subit ; il tomba et mourut instantanément. C'était la grande autorité de Buda-Pesth, depuis qu'il était devenu le médecin du grand patriote Deak et de l'empereur. Ses funérailles ont été faites par le gouvernement.

Lebert *Hermann*, le célèbre pathologiste, successivement professeur à Paris, à Zurich, et à Breslau, où il prit sa retraite en 1874, a succombé subitement le 1er août, âgé de 65 ans seulement. Ses nombreux et importants travaux ne peuvent être énumérés ici. Ils sont d'ailleurs bien connus et portent principalement sur l'anatomie pathologique et la clinique. Ils lui valurent en France d'être nommé correspondant de l'Institut et officier de la Légion d'honneur.

Livi *Charles*, le médecin aliéniste et légiste le plus distingué de l'Italie et qui a le plus fait pour le perfectionnement des asiles et le bien-être de leurs hôtes, a succombé subitement à Livourne, en 1877, âgé seulement de 54 ans. Directeur de l'asile de Sienne et professeur de médecine légale et d'hygiène à l'Université, il publia là ses *Leçons de phrénologie*. Il fit ensuite de l'asile de Reggio le modèle des *manicômes* italiens. A défaut de chaire officielle, il fonda la *Rivista sperimentale di medicina legale*, en rapport avec l'anthropologie, et *la Gazzetta del Frenocomio* où il ne cessa d'enseigner publiquement en faveur des réformes et du progrès. C'est donc une grande perte pour l'Italie.

Michaud *Jules*, chirurgien-major désigné de la Charité de Lyon après un brillant concours, a succombé, plein d'espérance et d'avenir, à la consomption, que son ardeur au travail avait peut-être provoquée. D'une intelligence et d'une activité hors ligne, surtout par la netteté et la précision de son esprit, qui le firent distinguer par tous ses maîtres, il avait triomphé successivement dans tous ses concours scolaires, à Paris comme à Lyon, où il fut nommé chirurgien en chef des hôpitaux de Saint-Étienne. Il venait de remporter un nouveau triomphe pour le majorat, lorsque

la mort le saisit à 35 ans. Fils et petit-fils de médecins, dont il était la joie, l'espérance et l'orgueil, il est descendu dans la tombe avant eux, victime, comme le grand Bichat, son compatriote, de son amour pour la science et de son ardeur au travail.

Peaslee *Edmund-Randolp*, le célèbre gynécologiste américain, l'un des fondateurs de l'hôpital des femmes de New-York, a succombé le 21 janvier à une pneumonie résultant des fatigues d'un travail professionnel exagéré, résultat fatal qu'il avait observé et déploré quelques mois auparavant chez son collègue Crosby. Professeur de gynécologie au collège médical de New-York, il s'était créé une pratique si étendue dans cette spécialité qu'il n'y pouvait suffire. Il succomba à la peine pour n'avoir pas su mettre en pratique les conseils de modération qu'il donnait lui-même à ses confrères surmenés. C'était le plus habile et célèbre ovariotomiste des États-Unis. Ses principaux travaux roulent sur ce sujet et sur l'histologie, car il avait débuté par l'enseignement de l'anatomie et la physiologie.

Ritchie *Charles*, le gynécologiste renommé de Glasgow, a succombé à un âge très-avancé, le 27 janvier. Tour à tour docteur, professeur et doyen de la Faculté de médecine et de chirurgie de cette ville, dont il était l'âme et l'illustration, il s'y distingua par de nombreux travaux, notamment sur la physiologie des ovaires, dont il montra les modifications moléculaires incessantes dès 1845. Cet ouvrage a été revu et augmenté par son fils en 1865 et dédié à Spencer Wells. (V. *année* 1865.)

Rokitansky *Charles*, le célèbre anatomo-pathologiste viennois, surnommé le *Cruveilhier autrichien*, a terminé sa glorieuse et laborieuse carrière à la fin de juillet, âgé de 74 ans. Adonné toute sa vie à l'étude et à l'enseignement de l'anatomie pathologique, il y fit faire de grands progrès et fut ainsi nommé membre et président de l'Académie des sciences de Vienne et recteur de l'Université. Comme député, il contribua même à l'élaboration de la Constitution libérale de l'Empire et fut ainsi le rival ou l'émule de Virchow en Prusse Son *Manuel d'anatomie pathologique* est son principal

titre de gloire, car, comme professeur, il était encore moins lucide et disert que Cruveilhier. Aussi ne laisse-t-il pas d'école. Son meilleur titre fut d'éclairer la pathologie, la clinique par l'anatomie pathologique, et de contribuer ainsi à la guérison des malades en étudiant les morts. 30,000 autopsies furent faites par lui ou sous son inspection.

Smith *Francis-Gurney*, le professeur émérite des institutions médicales (*pathologie générale*) à l'Université de Philadelphie, est mort subitement, le 6 avril, des suites de l'affection rénale dont il souffrait depuis plusieurs années, âgé seulement de 61 ans. Il arrivait d'Europe, où il avait fait un séjour prolongé pour se rétablir; il venait de goûter le plaisir de serrer la main de son ami Brown-Séquard, lorsqu'une attaque d'apoplexie termina cette brillante carrière de vulgarisateur de la science par la plume et la parole. Rédacteur du *Philadelphia medical examiner*, auteur du *Compendium de médecine*, éditeur des ouvrages de Carpenter et Marshall sur la physiologie, traducteur du *Manuel d'auscultation* de Barth et Roger, fondateur et membre de plusieurs Sociétés médicales, il laisse en mourant un grand vide dans l'enseignement de son pays et le regret au cœur de tous ceux qui l'ont connu.

Stokes *William*, qui se partage avec Graves le sceptre de la médecine irlandaise, et auquel une statue a été élevée à Dublin le 19 décembre 1877, a succombé le 7 janvier, âgé de 74 ans, comblé de tous les titres et les honneurs dus à ses brillants travaux. Fils d'un médecin déjà célèbre et dont il hérita, il illustra encore son nom, en lui succédant, par une série d'ouvrages qui le rendent impérissable. Son *Traité des maladies du thorax*, ses *Etudes sur la médecine physiologique* et ses *Leçons sur la fièvre* resteront comme des monuments de son ingénieuse et sagace observation, de son profond savoir et de son zèle pour la science et la profession. Aussi était-il placé à la tête de toutes les institutions chargées d'en favoriser et d'en promulguer les progrès.

Trench *William-Steward*, le médecin sanitaire et hygiéniste, si actif et dévoué, du port de Liverpool, a succombé dans cette ville, le 5 décembre 1877. Par ses rapports éclairés,

il a contribué plus que personne à l'amélioration morale et physique de la population ouvrière de cette grande cité et de toutes les grandes villes, en provoquant partout des réformes pour l'hygiène et la salubrité. Il fut, sous ce rapport, un grand bienfaiteur de l'humanité.

Tyler *John-Eugène,* médecin aliéniste très-distingué des États-Unis, est mort à Boston, le 9 mars, âgé de 58 ans seulement. L'activité fébrile qu'il déploya toute sa vie dans ses devoirs comme dans ses plaisirs, aussi bien dans les exercices physiques étant jeune, que dans ses études et ses travaux d'esprit lorsqu'il avança en âge, avait usé, épuisé son corps. Successivement médecin directeur des asiles du New Hampshire et de Mac Lean de 1853 à 1871, il se distingua surtout par ses rapports. Obligé alors de résigner ces fonctions par défaut de forces, il se retira à Boston, où il fut nommé aussitôt professeur des maladies mentales à l'Université d'Harvard. Son élocution facile et agréable l'avait rendu très-populaire parmi les élèves. Mais ses forces le trahirent encore une fois, et il expira entouré d'estime et d'honneurs de ses concitoyens.

Voillemier, le chirurgien habile, ingénieux, actif, à l'esprit fin et vif comme sa personne, a succombé, le 16 février, à une hémorrhagie cérébrale, à 69 ans environ. Entré tard dans la carrière et après avoir cultivé les lettres comme tant d'autres médecins, il s'y distingua rapidement. La relation d'une épidémie de fièvre puerpérale, observée pendant son internat, révéla son esprit sagace et observateur au monde médical. Ses travaux en chirurgie sur les luxations du poignet et les fractures du radius eurent le même retentissement. Devenu docteur et agrégé de la Faculté, chirurgien des hôpitaux en quelques années, il conquit rapidement une grande situation de praticien, surtout dans le traitement des maladies des voies urinaires, sur lesquelles il laisse un ouvrage estimé. Chirurgien de l'Hôtel-Dieu, il fut élu membre de l'Académie de médecine, où il ne signala son passage que par quelques rapports. Il était commandeur de la Légion d'honneur. Malgré tous ces titres, il ne laisse qu'un éclat éphémère parmi ses contemporains et sans durée pour la postérité.

Yandell *Lunsford*, l'un des médecins les plus renommés du Kentucky et de l'ouest des Etats-Unis, est mort à Louisville, le 4 février, dans sa 73e année. Fondateur de l'Université de cette ville avec Cooke et Drake, il occupa, pendant un demi-siècle environ, la première position du pays. Sa maison était ouverte aux médecins nationaux et étrangers. Lyell, Verneuil, Roemer furent ses hôtes. Toutes les sciences lui étaient familières, et il dirigea ainsi le *Western medical journal*. Il fut à la fois professeur de médecine pratique et pasteur d'une congrégation religieuse à Memphis. Il avait la plus belle collection géologique du Kentucky. Élu doyen du Collège des médecins et chirurgiens de Louisville en 1872, il était encore président de la Société de médecine locale, lorsqu'il succomba à une pneumonie. On peut juger par là de son mérite et de sa distinction.

NÉPHRITE. *Hypertrophie concentrique du ventricule gauche.* L'étiologie de cette lésion dans la néphrite interstitielle ne cesse d'occuper contradictoirement les pathologistes. Malgré l'autorité de Bright et de Traube, les observations cliniques si concluantes de M. Ollivier en 1865 et celles de la thèse de M. Castellanos en 1868, de plus jeunes observateurs ont vu, par son absence dans les néphrites parenchymateuse et tuberculeuse, une preuve qu'elle n'est pas due à la tension artérielle résultant de la destruction ou de l'imperméabilité du rein malade. M. Rendu oppose ainsi un cas d'hydronéphrose double avec sclérose rénale sans hypertrophie cardiaque pour contredire cette étiologie. L'atrophie congénitale des reins lui semble également concluante. Et cependant, si la circulation s'est établie dans ces conditions, pourquoi en aurait-elle éprouvé une influence morbide plus tard ?

Le docteur Hanot est moins absolu. Ayant observé deux cas d'hypertrophie concentrique du ventricule gauche, sans lésion valvulaire dans la néphrite interstitielle, dont nous avons signalé le premier l'année dernière, il se rallie aussitôt à l'opinion de Johnson, qui attribue à l'hypertrophie de la membrane musculeuse des artères, observée par lui, le rôle capital dans la genèse des symptômes du rein atrophique. Il s'évertue même à aller chercher à l'étranger des preuves concordantes sur cette hypertrophie concentrique du ven-

tricule qui répond si bien à l'hypertrophie musculeuse des artères, sans rappeler que M. Ollivier a démontré le fait dès 1865. (*Archiv. de méd.* août.)

Et voilà comment les discussions s'éternisent et restent insolubles, parce que les jeunes négligent ou ne tiennent pas compte de l'observation des anciens. Ils infirment leurs opinions par des faits dissemblables et adoptent les opinions modernes en interprétant autrement les faits. Et c'est ainsi que la science marche !

Injections morphinées contre la dyspnée. Quand l'empoisonnement du sang par l'urée vient à en paralyser les hématies et en diminuer le nombre, et que la difficulté des échanges gazeux de l'hémoglobine avec l'oxygène produit une anémie véritable et le spasme des vaisseaux, au point de déterminer une violente dyspnée que les inhalations d'oxygène sont même impuissantes à calmer, ces injections amènent une sédation très-efficace en diminuant l'anémie cérébrale et bulbaire.

Quatre observations des plus concluantes témoignent de leur efficacité, alors que les diurétiques, la digitale associée au bromure du potassium, les opiacés à l'intérieur, les révulsifs locaux étaient restés insuffisants. La dyspnée augmentait, l'insomnie et l'agitation étaient persistantes, malgré le vin diurétique, la teinture de lobélie, la belladone, l'arsenic, etc., lorsqu'une injection d'un centigramme de chlorhydrate de morphine, associé à un milligramme neutre d'atrophine, amena le sommeil et un bien-être consécutif extraordinaire. (*Union méd.*, n° 116.) Voy. Urémie.

Étude comparative des néphrites chroniques, thèse d'agrégation soutenue à la Faculté de médecine de Paris par le docteur Rendu.

Entre la néphrite interstitielle et la néphrite parenchymateuse, qu'il étudie comparativement dans toutes leurs différences, l'auteur propose une troisième variété mixte, à laquelle il assigne trois variétés anatomiques distinctes.

Dans l'une, le rein est volumineux, de couleur brun foncé, vascularisé, d'un tissu ferme et résistant, avec des lésions épithéliales et une notable hyperplasie conjonctive au microscope. Elle correspond à un début obscur.

Dans la seconde, il a l'apparence extérieure du gros rein blanc avec sa pâleur, sa consistance pâteuse et son aspect exsangue ; c'est le rein de la scarlatine et des néphrites brusques, aiguës.

Le petit rein gras granuleux de Johnson forme la troisième et ne se rencontre guère que dans les néphrites parenchymateuses passées à l'état chronique.

Quant à l'hypertrophie cardiaque, attribuée par Bright et Traube à la destruction et l'imperméabilité du rein par la tension circulatoire et la suractivité du cœur en résultant, l'auteur ne l'admet pas. Il cite à l'appui un cas d'hydronéphrose double avec sclérose du parenchyme rénal, où le cœur examiné était sans hypertrophie. La néphrite parenchymateuse et tuberculeuse ne la détermine pas davantage. Toutes les expériences et les raisons contraires à cette étiologie sont citées à l'appui.

NERFS. *Cellules motrices et sensitives*. Des examens comparatifs de tous les noyaux ganglionnaires moteurs ou sensitifs, faits par M. Pierret, lui ont permis de formuler cette loi : que les dimensions des cellules nerveuses sont en raison directe des distances que doivent parcourir les incitations motrices qui en partent ou les excitations sensitives qui y arrivent. De là les deux termes suivants : la longueur des nerfs est en rapport avec le volume des cellules et la distance entre la cellule de première réflexion et son analogue des circonvolutions. Les plus grosses cellules de l'écorce cérébrale se rencontrent ainsi, dans les régions pariéto-frontales, en relation avec les membres inférieurs. On en rencontre de presque aussi volumineuses en certains points des circonvolutions occipitales. (*Acad. des sciences*, juin.)

Tache motrice. A l'aide de sa nouvelle méthode de préparation dans le chlorure d'or au 100e, M. Ranvier a constaté que dans les muscles lisses, comme dans les muscles striés, les nerfs se terminent, à la surface des éléments musculaires, par un épanouissement plus ou moins arborisé du cylindre-axe. Dans les muscles lisses volontaires des mollusques gastéropodes, les nerfs moteurs se divisent et se subdivisent jusqu'à donner des fibrilles qui vont se perdre à la surface des cellules musculaires en s'épanouissant et formant une

arborisation terminale minuscule et mal dessinée sous forme de tache noire. (*Acad. des sc.* mai.)

Leçons sur l'histologie du système nerveux, par L. Ranvier, professeur au Collège de France, recueillies par Ed. Weber ; deux volumes in-8°, avec figures et planches chromolithographiées ; Paris.

Elongation ou étirement. Ce mode de traitement nouveau des lésions nerveuses est à peine employé depuis 1869, comme nous en avons signalé plusieurs applications, que déjà il est entré, par sa simplicité, son innocuité et ses succès, dans le domaine de la chirurgie courante. Dix-huit observations en sont à peine connues, publiées, que le docteur Blum, qui s'en est servi l'année dernière avec tant d'habileté et de succès, a collecté, réuni, ces faits et en a tiré les règles et les indications principales de cette opération. En voici l'exposé succinct :

L'incision doit être faite parallèlement au trajet du nerf douloureux et *loco dolenti*, dans une étendue proportionnée à sa profondeur, soit cinq à six centimètres, en employant la bande d'Esmarck. Après l'avoir découvert, on l'isole avec le doigt ou la sonde cannelée dans une étendue suffisante. Son élongation, son étirement ou sa distension se fait ensuite en le soulevant sur le doigt ou le dos de la sonde par un mouvement lent et doux de va-et-vient, de haut en bas et de bas en haut, en déployant une certaine force et en élevant l'anse formée à une certaine élévation au-dessus de la plaie. En le plaçant sur les bords tranchants de la sonde, M. Verneuil le comprime, l'écrase même fortement avec le pouce et le broie, pour ainsi dire, lorsqu'il s'agit de supprimer toute communication entre les tubes nerveux du bout périphérique avec le bout central. Mais, sauf cette indication spéciale, pour obtenir la paralysie du mouvement et de la sensibilité, il s'agit, aussitôt que le nerf a été distendu, étiré suffisamment, de le replacer au fond de la plaie, que l'on réunit autant que possible par première intention, afin de prévenir la formation du tissu cicatriciel.

Cette opération, redoutable en apparence, est des plus bénignes. 3 morts ont suivi son emploi, mais sans qu'elle en ait été la cause, une fois par hémorrhagie de la jugulaire au douzième jour, une fois du tétanos, contre lequel

l'opération avait été faite, et la dernière d'un érysipèle consécutif. De semblables complications peuvent donc se présenter; mais la disparition des accidents, sinon la guérison complète, en a été le résultat dans les 15 autres cas.

9 fois, c'était contre des névralgies des membres, traumatiques ou non, dont une des mâchoires, et, dans tous ces cas, la suppression de la douleur a été complète et immédiate. Les deux décès survenus ensuite sont accidentels. Aucun accident de paralysie ni de lésion du tronc nerveux ne s'est présenté consécutivement. Sa rupture n'est pas plus à craindre. Les expériences de Tillaux, de Vogt et d'autres montrent que les nerfs médian et cubital supportent une force de 20 à 25 kilogrammes avant de se rompre et une élongation de 15 à 20 centimètres, et plus du double pour le sciatique, tandis que la force employée dans l'élongation thérapeutique ne dépasse pas 15 kilogrammes en moyenne et 10 à 15 centimètres en longueur. Cette extensibilité normale des nerfs, qui diminue du centre à la périphérie, est en rapport avec les mouvements, et permet de recourir sans danger à leur étirement.

L'élongation est donc préférable à la névrotomie, qui ne supprime pas constamment la douleur et condamne toujours à la paralysie des parties innervées par le nerf réséqué. L'injection du névrilème, la rougeur du nerf et son intrication dans les tissus ne la contre-indiquent pas. Elle est ainsi indiquée dans les névralgies rebelles, surtout celles d'origine traumatique, nettement délimitées à un département nerveux. On doit la pratiquer rapidement quand les nerfs voisins tendent à être envahis, comme à la suite d'adhérences cicatricielles, à la condition de la faire à une certaine distance de la cicatrice dans les névralgies des moignons.

Pratiquée huit fois contre des convulsions toniques ou cloniques, comme l'épilepsie, la contracture, le spasme, le tétanos, à la suite de lésions du système nerveux périphérique, elle n'a été suivie de mort que dans le cas de tétanos ; les sept autres malades ont guéri. C'est donc une proportion bien supérieure à celle de la névrotomie, qui, employée par M. Letiévant dans 24 cas de ce genre, n'a donné que 17 succès. Elle lui est encore préférable contre les spasmes traumatiques, qu'ils aient pour point de départ une plaie

récente ou cicatrisée, douloureuse surtout, et lorsque ces spasmes locaux tendent à se généraliser. M. Blum l'a même pratiquée avec succès contre la paralysie du nerf médian, et, comme Nussbaum, il vit reparaître immédiatement la sensibilité. Une distension légère du tronc nerveux, en augmentant son excitabilité, peut donc aussi combattre avec avantage certaines paralysies de la sensibilité et de la motilité.

Quant à la force, la distension à opérer dans les différents cas, l'auteur conclut, des expériences faites et des faits cliniques, qu'une élongation légère doit être obtenue dans les paralysies où les fonctions nerveuses sont diminuées ou abolies, tandis qu'elle doit être violente, au contraire, contre les névralgies et les spasmes pour combattre l'exagération de la sensibilité. Il résulte en effet des expériences de Valentin que la traction allonge les faisceaux primitifs en diminuant leur diamètre et que le nerf revient rapidement à ses dimensions et ses propriétés normales, si elle n'est pas prolongée pendant plusieurs heures ou répétée un certain nombre de fois. M. Terrillon a étiré jusqu'à cinq centimètres le sciatique d'un chien, et néanmoins la sensibilité est revenue graduellement à l'état normal en peu de jours, malgré les lésions apparentes du nerf. Ces fonctions se rétablissent d'autant plus lentement que la traction a été plus longue et plus forte.

Si l'élongation agit parfois en dégageant le nerf des tissus voisins qui le compriment, son efficacité principale est donc dans les modifications de structure et de circulation qu'elle lui imprime, non-seulement où la distension est faite, mais dans les points plus ou moins éloignés de la plaie. (*Archiv. de méd.* janvier et février.)

Employée avec succès dans la sciatique. (V. *ce mot.*)

Die Nerven-dehnung als Operation in der chirurgischen Praxis, eine experimentelle und klinische Studie (Etude clinique et expérimentale sur l'extension des nerfs comme moyen thérapeutique), par le professeur P. Vogt, de l'Université de Greifswald; Leipzig, 1877. Travail plus expérimental que clinique, suivant la mode allemande, et qui ne vise même pas les travaux français antérieurs sur ce sujet, notamment la thèse de M. A. Duvault, — *Sur la distension des nerfs comme*

moyen thérapeutique, Paris, 1876, — publiée sous l'inspiration de M. Verneuil. Après le résumé précédent du travail de M. Blum, il n'y a d'ailleurs rien à en dire comme moyen thérapeutique, sinon qu'il est sans nocuité... chez les animaux.

Névrotomie du sciatique sans paralysie consécutive. Voy. ELÉPHANTIASIS.

Régénération. De nouvelles expériences sur les changements histologiques et les résultats fonctionnels qui suivent la division des nerfs et leur réunion par suture ont été faites par le docteur Gluck à l'Institut pathologique de Berlin. Le sciatique chez les oiseaux, et le nerf vague chez le lapin en ont été l'objet. Sans rappeler les modifications observées et déjà signalées par M. Ranvier en 1874, il est resté confirmé que, à moins d'un écartement d'un à deux centimètres des deux bouts divisés, sans réunion, la régénération est possible si les extrémités sont rapprochées. Des cellules fusiformes apparaissent en vingt-quatre heures dans leur intervalle, et, en huit, elles sont réunies. La réunion est moins simple et moins rapide si les extrémités écartées sont suturées. Ce n'est que vers le cinquième jour que les cellules fusiformes apparaissent. Mais Gluck n'a pas vu, comme Eichhorst, le *cylinder axis* des extrémités disparaître ; un pont de nouvelle formation s'établit rapidement entre elles sans qu'il y ait dégénérescence des bouts divisés.

C'est par ce tissu granulaire, et avant qu'il ait acquis le caractère de fibres nerveuses, que le rétablissement de la fonction a lieu directement. L'auteur a vu ainsi le mouvement se rétablir quatre jours après la division du sciatique. Et il s'est assuré que la communication n'avait pas lieu par les anastomoses, en divisant ensuite le nerf au-dessus de la réunion, en le disséquant jusqu'à sa bifurcation péronéo-tibiale. En l'exposant dans toute cette étendue sur une lame de verre, il lui a suffi d'irriter mécaniquement ou d'électriser l'extrémité supérieure pour voir les contractions se produire dans les muscles innervés par ce tronc. Une expérience analogue sur le nerf vague a donné le même résultat. Ce sont donc là des données précieuses pour la chirurgie des nerfs. (*Virchow Archiv.*)

Les nerfs et les muscles, par J. Rosenthal, professeur de physiologie à l'Université d'Erlangen ; traduit de l'allemand, avec 75 figures dans le texte ; un vol. in-8° de 268 pages, XXVe de la Bibliothèque scientifique internationale ; Paris, librairie *Germer Baillière*.

Ce titre ne doit pas être pris dans un sens purement physiologique ni médical. Emanant d'un Allemand, il est employé exclusivement dans le sens expérimental. C'est l'exposé, sous une forme très-élémentaire, des connaissances acquises sur le rôle de ces deux grands systèmes d'après les résultats obtenus, avec la description minutieuse des expériences faites, et la représentation graphique des instruments et appareils qui ont servi à les exécuter. L'interprétation des phénomènes produits est toute physique, chimique, mécanique et... microscopique. Rien ici n'est induit ni déduit de l'observation de l'homme ni de l'animal sain ou malade ; tout est fait sur la nature morte, que l'on interroge et analyse à volonté. L'électricité y remplace la vie ; nerfs et muscles sont assimilés aux fils de l'appareil dans lesquels circule le courant remplaçant l'élasticité, l'irritabilité et toutes les propriétés vitales, et les résultats sont ainsi appréciés, comptés et calculés mathématiquement, sans que les réactions de la vie réelle, si diverses et multiples, viennent arrêter ni embarrasser l'observateur. Aussi les conclusions en sont-elles simples, précises, absolues et réduites en lois.

Pour rendre l'accord plus complet, sensible et frappant, les effets plus constants et uniformes, du moins en apparence, on n'invoque que les expériences similaires, analogues, de quelques compatriotes de la même école. Les noms et les instruments de Weber, Dubois-Reymond, Helmholtz, Henke, Kühne, Pfuger, Bernstein et quelques autres, sont seuls représentés, comme s'ils étaient l'alpha et l'oméga de cette partie de la science, et comme si leurs expériences en constituaient toute la loi et les prophètes. Les autres ne viennent qu'à titre d'appui ou de confirmation, comme témoins ou appoints de la démonstration, sinon lorsqu'il est facile de les réfuter. Aucune objection ni contradiction n'est soulevée, et il n'y a qu'à enregistrer purement et simplement les conclusions de l'auteur.

Cette physiologie des nerfs et des muscles est donc faite

exclusivement au point de vue de la science allemande moderne. Un premier livre, consacré à leur constitution et à leurs propriétés, est suivi d'un second sur leur électrisation. Le troisième contient la théorie de l'auteur sur la spécialisation et l'indépendance des cellules nerveuses, promulguée, dès 1875, dans ses *Remarques sur l'activité des centres nerveux automatiques*, qu'il prend pour exemple. Citer le passage relatif à ce point particulier suffira donc à donner une idée exacte de cette doctrine et de l'économie de l'ouvrage tout entier :

« Cet organe est placé dans la moelle allongée, sur le plancher du quatrième ventricule; il consiste en un amas de cellules nerveuses, où se produit l'excitation, qui est ensuite transmise aux muscles respiratoires par l'intermédiaire des nerfs. On l'appelle *centre respiratoire*, ou encore *nœud vital*, à cause de son importance pour la vie. C'est l'endroit où le tauréador doit habilement enfoncer son poignard pour abattre d'un coup le taureau rendu furieux par le combat; c'est aussi l'endroit qui, écrasé dans une chute, entre la première et la seconde vertèbre cervicale, amène instantanément la mort, d'où l'expression : se casser le cou. Quelle est la cause de l'activité permanente des cellules de ce centre nerveux? On a prouvé qu'elle réside dans la composition du sang. Lorsque le sang est complètement saturé d'oxygène, le nœud vital suspend son activité; lorsque le sang est, au contraire, peu chargé d'oxygène, les mouvements respiratoires deviennent plus forts.

« On peut faire sur soi-même une expérience qui prouve l'exactitude de ce fait. Que l'on observe pendant quelque temps ses propres mouvements respiratoires, et que l'on note leur profondeur et leur fréquence. Si l'on fait alors huit à dix respirations bien profondes et bien lentes, on introduit ainsi beaucoup plus d'air dans les poumons que par des inspirations ordinaires, et le sang peut par conséquent se saturer complètement d'oxygène. Si l'on vient alors à cesser ces respirations volontaires, on constatera que vingt secondes et plus s'écouleront avant une nouvelle inspiration : cet intervalle représente le temps que dure la réserve d'oxygène inspirée en excès. Alors les inspirations recommenceront, très-faibles d'abord, puis de plus en plus fortes, jusqu'à ce que la respiration normale soit enfin rétablie.

« Les cellules nerveuses du nœud vital sont donc loin de puiser leur force en elles-mêmes et en dehors des influences extérieures ; ce sont, au contraire, des causes externes qui les stimulent. Mais elles sont bien plus sensibles que les fibres nerveuses, de sorte que de petites modifications dans la composition des gaz dissous dans le sang suffisent pour les impressionner. Les autres cellules nerveuses automatiques se comportent absolument de même que les cellules du nœud vital. Ces cellules présentent cependant quelques petites différences de sensibilité, car les unes sont excitées par la quantité ordinaire d'oxygène contenu dans le sang, tandis que d'autres le sont par une proportion moindre, qui se présente quelquefois pendant la vie. » (Pages 232 et 233.)

On pourrait objecter que la fatigue musculaire résultant des mouvements accélérés, et invoquée précédemment par l'auteur, peut bien être la cause de cette suspension, de cet arrêt. En en confirmant la réalité par leurs expériences, Cl. Bernard, Brown Séquard, Vulpian n'ont pas expliqué la manifestation de ce phénomène par la suroxygénation des cellules du centre respiratoire. L'expérience fameuse de Goltz, arrêtant soudainement le cœur de la grenouille en lui tapant sur le ventre, a-t-elle aussi pour raison la suroxygénation des cellules du nerf d'arrêt ? Au contraire, c'est à la diminution de la respiration chez les hydrophobes que le docteur Curtis attribue l'arrêt du centre respiratoire dans l'accès de la rage. (Voy. *ce mot.*) Mais sa théorie de la suroxygénation cellulaire paraît si chère à M. Rosenthal et rendre si facilement compte de la variété des effets produits, qu'il serait cruel de le contredire pour si peu ; d'autant plus qu'il pourrait répondre que ectte suractivité musculaire, étant produite par le nerf moteur, qui se fatigue lui-même, provoque la suroxygénation de ses cellules. Quand on pénètre si profondément dans l'intimité des tissus pour en expliquer tous les phénomènes, on a facilement réponse à tout. La contraction involontaire des petits muscles lisses s'explique bien par les nerfs vaso-moteurs, comme la contraction volontaire des grands muscles striés par les fibres des nerfs moteurs périphériques ; ceux des glandes expliquent même la sécrétion de ces organes ; mais comment expliquer les sensations diverses et variées des nerfs sensitifs?

Leur direction centripète ne suffit pas à montrer cette différence, car leur constitution microscopique est absolument identique à celle des nerfs centrifuges. Les uns et les autres sont même pourvus de cellules ganglionnaires, de renflements, sur leur trajet. Il faut pourtant trouver une différence quelconque pour expliquer la diversité d'action. On constate alors que celles des nerfs périphériques sont toujours régulièrement sphériques, tandis que celles des nerfs centraux, tout en l'étant aussi, ne le sont pas au même degré et diffèrent surtout par des prolongements qui se divisent, se réunissent, s'enchevêtrent entre eux. Tout le mystère s'explique dès lors par cette simple différence, et c'est dans l'indépendance, la composition, la qualité de ces cellules des nerfs sensitifs que M. Rosenthal place la cause de la variété et la différence des phénomènes sensoriels. Il attribue même certaines idées à l'activité des cellules grises de la couche corticale du cerveau, et il irait jusqu'à expliquer les perceptions diverses par des phénomènes moléculaires de ces cellules, si l'impossibilité de constater le fait ne l'arrêtait.

N'est-ce pas assez montrer tout ce qu'il y a de suppositions et d'hypothèses dans ce livre, malgré son cachet de positivisme expérimental? Il en est souvent abstrait, subtil et difficile à comprendre, sous sa forme élémentaire et ses explications prolixes. Comme celui de Bernstein sur *les sens*, analysé en 1875, il donnera bien aux lecteurs de la *Bibliothèque scientifique internationale* le dernier mot de la science allemande et de ses prétentions; mais réussira-t-il mieux à les persuader et à les convaincre? Comme tous les expérimentateurs, il analyse, expose et ne conclut pas, ayant conscience sans doute que les phénomènes qu'il provoque artificiellement ne sont pas ceux de la vie réelle, mais seulement des tentatives pour en découvrir le mécanisme secret. Quel contraste avec celui de M. de Quatrefages sur l'*espèce humaine*, empruntant ses raisons pour et contre sa thèse à l'universalité des observateurs! La vérité ne se trouve et ne se démontre que par cet ensemble de preuves prises à toutes les sources et non à celles de l'expérimentation seule.

Le système nerveux; nerfs rachidiens, nerfs crâniens et système nerveux périphérique; en deux grands tableaux

anatomiques, avec figures schématiques, par J. Alavoine. Paris, librairie *Germer Baillière.*

Ce que Longet, l'illustre professeur de physiologie de la Faculté de médecine de Paris, a fait en 1866 pour rendre sensible aux yeux le mouvement circulaire de la matière dans les trois règnes, en le figurant par de magnifiques planches coloriées, un modeste interne de l'hôpital de Versailles l'a réalisé sur le même modèle pour le système nerveux, en procédant comme lui du simple au composé, du connu à l'inconnu. Deux grandes planches ou cartes suffisent à cette exposition. La première représente les nerfs rachidiens séparés suivant leurs racines, antérieures ou motrices et postérieures ou sensitives, les premières réunies suivant les quatre grands plexus qu'elles forment avec leurs différentes anastomoses et leurs divisions en branches collatérales et terminales. Avec son nom et sa distribution, chaque nerf, superficiel ou profond, est ainsi figuré typographiquement, sur les différentes parties du corps et des membres, en avant comme en arrière, de manière à le représenter exactement.

La même méthode est suivie sur la seconde carte pour les nerfs crâniens, avec les dix ganglions placés sur leur trajet, les racines motrices et sensitives, et les branches qui en émanent, suivant leur distribution. L'origine en est très-délicatement figurée par des coupes variées du cerveau et leur mode de distribution aux divers organes des sens.

Le grand sympathique, formé de ces deux espèces de nerfs, est aussi décrit et figuré à la fin de cette planche, dans ses trois grandes divisions du cou, du thorax et de l'abdomen. C'est donc un véritable atlas du système nerveux, offrant aux étudiants comme aux praticiens un moyen simple, facile et exact de se représenter ou se remémorer cet enchevêtrement inextricable de filets nerveux se croisant et s'entrecroisant pour faire mouvoir la machine humaine, présidant à toutes ses fonctions et ses actes, et dont la moindre lésion ou altération est la principale source de la douleur, de la maladie et souvent de la mort.

NÉVRALGIES. *Injections hypodermiques d'ergotine.* Dans plusieurs cas de migraine, de tic douloureux et de sciatique, le docteur Marino a obtenu d'excellents résultats de ces in-

jections avec 15 à 20 centigrammes d'ergotine en solution dans un gramme d'eau ou de glycérine. La douleur s'est dissipée en une ou deux injections.

Nevralgias, thèse inaugurale soutenue à la Faculté de médecine de Rio-de-Janeiro par le docteur Cyp. de Freitas; un volume in-8° de 163 pages; 1875. Véritable traité succinct des névralgies sous forme classique et d'après les auteurs français les plus modernes. L'étude en est encore à ce point au Brésil que le futur docteur, au lieu de se borner à approfondir un sujet bien limité, embrasse tout ce qu'il y a de plus général et de plus vague, comme les fièvres, les névralgies, en faisant un exposé bibliographique de la science d'après les auteurs étrangers. Une seule espèce de ces fièvres ou de ces névralgies, bien étudiée au point de vue local, dans ses diverses manifestations, ne serait-elle pas une œuvre plus intéressante et plus utile?

NOURRISSONS. *Nourrices et nourrissons syphilitiques*, leçons professées par le docteur Alfred Fournier. Paris.

Guide pour le médecin sur ce qu'il doit faire lorsqu'il s'agit de l'allaitement des enfants syphilitiques. L'allaitement au biberon ou avec une chèvre est le plus simple; mais, la syphilis ne se révélant pas le plus souvent sur le corps de l'enfant au moment de la naissance et ne se manifestant ordinairement qu'au second ou troisième mois, la mère ou la nourrice pourra être infectée quand le mal apparaîtra. Dans l'affirmative, le médecin, sans violer le secret médical, doit faire cesser l'allaitement et faire désintéresser la nourrice en la faisant rester dans la maison comme bonne de l'enfant. S'il n'y a pas apparence d'infection, il faut au moins l'observer pendant le temps maximum de l'incubation, en conservant le lait par la succion d'un petit chien.

Quand le nourrisson est seulement suspect ou que le médecin, par sa connaissance des parents, a lieu de craindre son infection, il doit le faire nourrir par la mère, pendant les trois à quatre premiers mois, et ne le confier qu'ensuite à une nourrice mercenaire, si rien ne paraît.

Telles sont les règles principales à observer; mais on peut juger combien il sera délicat et difficile le plus souvent

pour le médecin de les prescrire et de les faire suivre, sans en dire la véritable raison, sans révéler le secret. Aussi sera-t-il utile pour le médecin de prendre connaissance des détails professionnels minutieux dans lesquels entre l'auteur, pour lui permettre d'éviter les écueils de son rôle.

O

OBSTRUCTION INTESTINALE. Dans une discussion solennelle à la dernière réunion générale de l'Association médicale britannique, le docteur J. Hutchinson en groupe toutes les causes sous les titres suivants :

Amas de matières fécales, noyaux et os compris ;

Invagination ;

Étranglement interne par des adhérences ;

Rétrécissements organiques et spasmodiques.

Des tumeurs et la grossesse même peuvent déterminer en outre cette obstruction par compression, comme la discussion l'a démontré.

Ces cas sont plutôt du ressort du chirurgien que du médecin, autant pour l'exploration que pour le diagnostic et l'emploi des moyens curatifs. On n'y recourt à tort qu'à la fin et souvent lorsqu'il est trop tard.

La première règle à suivre, au début, est de s'abstenir d'administrer des aliments et des médicaments par la bouche et de recourir promptement à l'anesthésie pour faire un examen minutieux du ventre et du rectum, d'administrer de grands lavements dans la position renversée du corps et de pratiquer le taxis abdominal par des manipulations, pour réduire les anses tordues déplacées ou étranglées. Tel est le traitement de tous les cas incertains. On doit y persister longtemps, en plaçant le malade sur le ventre et en élevant fortement le bassin ou en le chargeant par les jambes sur les épaules, la tête en bas.

L'insufflation d'air peut remplacer les lavements quand il n'y a pas de rétrécissements. L'amas de scybales ou de corps étrangers réclame les laxatifs salins en lavements. L'opium ou la morphine comme calmant doivent être administrés de préférence par la voie hypodermique.

Il est absolument opposé aux ouvertures exploratrices, car, dit-il, il y a une grande différence à ouvrir le ventre dans l'ovariotomie pour en extraire une tumeur qui en diminue la capacité, à le faire quand il est distendu par des gaz. Quels que soient les soins de l'opérateur, il est certain que la moitié des intestins sera bientôt dehors. Cette ouverture n'est légitime qu'en cas d'invagination bien constatée, ce qui arrive très-rarement. Le chirurgien sait alors ce qu'il a à faire et peut tenter l'opération de bonne heure. Le sphacèle possible de la partie invaginée n'autorise jamais à temporiser, et quand les grands lavements, l'insufflation répétée n'ont pas réussi, il n'y a pas à hésiter à ouvrir l'abdomen.

Enkystement. Dans un cas d'obstruction chez une femme de 65 ans, prise subitement d'une violente douleur dans le flanc droit le 22 avril, le docteur Debord, après avoir essayé en vain les lavements d'eau de Seltz et employé les ponctions pour diminuer le tympanisme, vit une tumeur locale se former avec fluctuation manifeste, le 3 mai. Elle était assise sur le psoas et se prolongeait sous l'arcade de Fallope. Il incisa couche par couche, suivant le trajet de la fémorale, et ouvrit un énorme abcès entre cette artère et les ganglions. Après la sortie du pus, des gaz et des matières stercorales, une anse intestinale de huit centimètres se montra formée par un nœud à l'une de ses extrémités. Il suffit de panser à plat pour que le cours naturel des matières se rétablît en douze jours, et, le 1er juin, cette femme était guérie. Cette heureuse terminaison d'un si redoutable accident n'est-elle pas le résultat de la temporisation apportée dans le traitement et ne peut-elle servir d'exemple pour l'imiter? (*Recueil de méd. vétérin.*, n° 17.)

Lavement gazeux. Un notaire dyspeptique, de la Loire, à la suite de coliques hépatiques, était, depuis quatre jours, en proie à des symptômes d'obstruction intestinale : vomissements alimentaires et bilieux, non fécaloïdes, douleurs intestinales, absence totale de selles ou de gaz par l'anus, ventre ballonné, peu douloureux; peu de fièvre. Plusieurs purgatifs, des grands bains, des pommades et des cataplasmes sur le ventre ont été vainement employés.

Une consultation est provoquée.

On essaye deux gouttes d'huile de croton en pilules, et, à défaut de succès, le docteur Aribaud prescrit pour le soir même un lavement gazeux projeté dans l'intestin au moyen d'un appareil à eau de Seltz artificielle et d'une longue canule. A quatre heures du soir, le malade a vomi ses pilules, son état s'aggrave, le pharmacien de la localité charge un appareil à boules, et le lavement est administré au moyen d'une canule longue introduite très-profondément. Le malade, à ce moment, perçoit, comme on l'en avait prévenu, une sensation de déchirure intérieure accompagnée d'une violente douleur qui le faisait bondir de son lit sur le parquet de sa chambre.

Au bout de quelques secondes, cette angoisse s'apaise; il se recouche, et, vingt minutes après, une abondante débâcle met fin à ces symptômes alarmants. Il ne reste plus qu'un peu d'irritation gastro-intestinale, conséquence des purgatifs ingérés. (*Lyon méd.*, n° 21.)

Ce n'est pas que ce moyen convienne dans tous les cas. Il peut même être dangereux d'y recourir. Il a échoué ainsi dans deux cas d'obstruction mortelle chez des hommes atteints de squirrhe à l'origine du rectum et que le toucher n'avait pu découvrir. Son succès dépend donc de la nature et du siège de l'obstruction. Il convient surtout dans les cas d'invagination, de spasme et de torsion de l'intestin, qu'il distend et excite, stimule utilement. Il ne peut rien contre les rétrécissements organiques, les obstructions par adhérences ou amas de matières solides. Les purgatifs sont bien préférables dans ce dernier cas.

Gastrotomie. Elle a été pratiquée à l'hôpital, par M. Cripps, chez un garçon anémique de 17 ans qui, cinq mois après avoir reçu un coup sur l'abdomen, fut pris de vives douleurs, surtout dans la fosse iliaque droite. Vomissements le lendemain, fécaloïdes dès le quatrième jour. Les lavements, l'inversion échouèrent; mais 25 gouttes d'opium ayant été administrées avec un bain chaud, les vomissements cessèrent, et un sommeil réparateur put avoir lieu. Vingt-quatre heures après, les vomissements fécaloïdes reparurent, et l'on se résolut à ouvrir le ventre pour détruire l'obstruction.

Une incision de trois pouces de long fut faite sous le nuage phéniqué. Introduit par cette ouverture, l'index ne

perçut aucune trace d'étranglement. *L'intestin fut dès lors attiré doucement au dehors par la partie inférieure de l'incision, en même temps qu'on le rentrait par la partie supérieure, de manière à n'en exposer que quelques pouces à la fois.* Plusieurs mètres furent ainsi examinés de cette manière, quand, arrivé à la partie inférieure de l'iléon, on le trouva étranglé par une bande fibreuse provenant du feuillet pariétal du péritoine. Elle fut aisément déchirée, l'intestin libéré et la plaie fut fermée.

Les vomissements cessèrent aussitôt et une selle copieuse, liquide, eut lieu six heures après. Le malade allait bien, quand la diarrhée se déclara et amena la mort le huitième jour, sans qu'aucune trace de péritonite ait été observée à l'autopsie.

C'est surtout sur la facilité de ce mode d'examen de l'intestin et son innocuité que l'auteur a insisté. Il a un grand avantage pour trouver le siège de l'étranglement avec sécurité, suivant M. Marsh, car, en plaçant la masse intestinale à découvert, le mésentère peut être lésé, tiraillé, comme on l'a reconnu dans deux cas. M. Smith a employé le même procédé et a été frappé de sa facilité. (*Soc. clinique de Londres*, 24 mai.)

On peut rapprocher de ce fait la gastrotomie faite par M. Terrier chez un hernieux de 63 ans, présentant tous les signes de l'étranglement interne, quoique la hernie inguinale gauche sortît et rentrât comme d'habitude. On constatait seulement, à la palpation, un point douloureux avec empâtement entre l'orifice interne du canal inguinal gauche et le bord externe du muscle droit. Des vomissements fécaloïdes ayant lieu, une bride ou un volvulus furent diagnostiqués dans le point douloureux. Une incision médiane fut pratiquée sous le nuage phéniqué et le ventre ouvert. On trouva deux ou trois centimètres d'intestin engagés sur le bord externe du muscle droit. L'anse intestinale, étant en assez bon état, fut réduite et la paroi abdominale suturée, toujours avec la méthode Lister.

Quatre jours après, il y eut une selle normale, et l'opéré guérit, sans complication péritonéale ; ce que l'auteur attribue au nuage phéniqué. (*Soc. de chir.*, mai.)

Obstruction du rectum. *Colotomie* ou *rectotomie* ? Cette question a été soulevée à la Société clinique de Londres,

par M. Holmes, à propos d'une extirpation du rectum, dans l'étendue de six centimètres, faite par lui avec succès chez une femme pour une tumeur adénomateuse. Une autre femme, opérée par sir J. Paget depuis un an, peut ainsi retenir ses matières. Deux autres opérés par M. Furneaux Jordan ont également guéri. L'un se porte bien depuis deux ans; l'autre est mort vingt mois après.

On sait que la colotomie ou l'ouverture du gros intestin au-dessus est en général préférée par les chirurgiens anglais. Au lieu de chercher à vaincre l'obstacle, à le supprimer, ils passent par-dessus, comme avec la gastrotomie dans le cancer de l'œsophage. C'est donc là un simple palliatif; bien que, dans certains cas, en supprimant ainsi la défécation, la marche de la dégénérescence rectale se soit arrêtée et que les opérés aient pu survivre six mois, un an et même plus, suivant M. Hulke.

Il y a donc cette grande différence entre les deux opérations, que la première est purement palliative et la seconde curative. Celle-ci a certainement plus de difficultés et de dangers; mais, quand la vie du malade est en jeu et que la dégénérescence le permet, il est plus rationnel et chirurgical sans doute de tenter une guérison radicale qu'une survie à courte échance avec un anus contre nature. (22 février.)

La colotomie, pratiquée hâtivement contre le cancer du rectum, sur laquelle nous insistons ici depuis plusieurs années, d'après l'exemple des chirurgiens anglais et américains, paraît devoir se généraliser et se naturaliser parmi nous. En même temps qu'elle est préconisée en Allemagne, un chirurgien français s'est enfin rencontré pour en entrevoir toute l'utilité et la recommander en France. Dans une communication, M. L. Labbé a parfaitement vu et indiqué, comme Volkmann, que, malgré les perfectionnements apportés depuis quelques années dans les opérations sur le rectum, cette intervention directe, loin d'être toujours utile dans les cancers graves, étendus, a parfois le danger de hâter la marche de la maladie. (V. CANCER DU RECTUM.) La plupart des observations démontrent, en effet, que le plus souvent la récidive a lieu au bout de quelques mois, tandis qu'en laissant évoluer la maladie sur place par la colotomie, c'est-à-dire l'ouverture d'un anus contre nature dans la région lombaire, suivant l'exemple d'Amussat, on sus-

pend, on arrête parfois le mal, en supprimant la douleur par la suppression de la fonction de l'organe, et l'on n'a plus à en redouter l'obstruction, qui oblige souvent à y recourir lorsqu'il est trop tard.

Trois colotomies, pratiquées dans ces dernières conditions, si elles n'ont pas empêché la mort, ont montré du moins à M. Labbé, par la suppression de la douleur, des souffrances, le retour du sommeil et la prolongation de l'existence, tous les avantages que l'on pouvait attendre de cette opération en la pratiquant à une époque relativement rapprochée du début de la maladie. Ces prévisions sont justifiées par les résultats obtenus en Angleterre et publiés ici. Maintenant que le grelot en est attaché en France par un chirurgien autorisé, on peut donc espérer les voir s'y renouveler. (*Acad. de méd.* novembre.)

OESOPHAGE. *Danger du cathétérisme.* Quoique bien connu, ce grave danger mérite d'être rendu de plus en plus évident, pour mettre les praticiens en garde contre son emploi. Une femme entrée à l'Hôtel-Dieu de Lyon, en février dernier, avec des symptômes de rétrécissement de la partie moyenne : dysphagie, vomissements, coarctation apparente, ayant été soumise au cathétérisme deux fois par jour, le docteur Chappet vit bientôt des accidents formidables éclater et déterminer la mort en huit jours. Et l'autopsie, au lieu d'un rétrécissement, révélait une énorme dilatation fusiforme de l'œsophage, de sept à huit centimètres de diamètre, avec épaisseur des parois présentant un phlegmon diffus, déterminé probablement par le cathétérisme et ayant causé la mort.

Cette dilatation par inflammation chronique est très-rare, il est vrai. Quatre à cinq observations en sont seulement relatées; mais on voit, par celle-ci, que les symptômes peuvent s'y confondre avec ceux du rétrécissement. Elle est assez fréquente, au contraire, chez les grands animaux, peut-être en raison de leur gloutonnerie. Provoquée par l'inflammation chronique de l'estomac, elle donne lieu aux troubles d'une gastro-œsophagite chronique, c'est-à-dire difficultés de la déglutition, vomissements. Ceux-ci ne sont donc pas spéciaux aux rétrécissements. (*Lyon méd.*, n° 35.)

Gastrostomie. Un nouveau succès de cette redoutable opération a été obtenu, d'après l'exemple de M. Verneuil (*V. année* 1876), par le professeur Trendelemburg, de Rostock, sur un garçon de 8 ans qui avait avalé par mégarde de l'acide sulfurique au mois de juillet 1877. La difficulté d'avaler fit recourir au cathétérisme, dont on obtint d'abord de bons résultats. Mais, dès le 18 décembre suivant, le rétrécissement était infranchissable, et l'enfant fut envoyé à l'hôpital.

Les tentatives de cathétérisme ici restèrent aussi infructueuses. Les bougies flexibles, comme les cathéters métalliques, butaient invariablement contre l'obstacle situé à la partie inférieure de l'œsophage. La présence du sang et quelques accidents firent même croire à une fausse route.

On parvint à nourrir l'enfant jusqu'au mois de mars dernier; mais il était alors si faible et si maigre, qu'il fallut tenter la gastrostomie et former une bouche artificielle à l'estomac pour digérer les aliments.

L'opération fut faite le 28 mars, suivant les règles posées par M. Verneuil, et il est à remarquer que, après la fièvre traumatique passée, l'enfant avalait mieux le lait qu'auparavant. Mais, dès le 12 mai, l'œsophage était complètement imperméable, et il fallut recourir à la digestion gastrique. Des œufs, du lait, du bouillon, des bouillies étaient introduits dans l'estomac avec une seringue ; mais la diarrhée en résulta bientôt. On habitua dès lors le petit opéré à mastiquer préalablement ses aliments, et, au lieu de les avaler, il les envoyait par un tube placé dans sa bouche et dont l'autre extrémité était fixée dans l'estomac.

Grâce à ce mode d'alimentation, l'enfant se rétablit rapidement et gagna du poids. De 16 kilogrammes avant l'opération, il s'éleva graduellement jusqu'à 20 à la fin de juillet, et aujourd'hui l'enfant, après son repas fait, va jouer gaiement avec ses camarades. (*Lancet*, 31 août.)

Ce nouveau succès est donc un encouragement à recourir à la gastrostomie, surtout chez les jeunes gens, en raison des forces digestives et de la facilité d'assimilation à cet âge.

Epithélioma extirpé par la voie externe. Comme dans le cancer des amygdales, le professeur Langenbeck a exécuté

cette excision externe sans plus de succès, chez un homme de 58 ans, exempt de toute diathèse apparente, mais que la dysphagie empêchait absolument de se nourrir, sinon par le rectum depuis plusieurs jours, et réduit ainsi à l'anémie, au marasme. Le larynx, mobile, était déjeté à droite par un engorgement diffus à gauche, s'étendant en arrière et au-dessus du cartilage thyroïde, avec saillie de l'os hyoïde. De très-petites bougies passaient avec peine, et la paroi postérieure du larynx était gonflée et dure au toucher. Il s'agissait d'enlever l'obstacle.

Après une trachéotomie préalable faite au-dessous de l'isthme de la glande thyroïde et le placement d'une canule tampon pour empêcher l'écoulement du sang et continuer la chloroformisation, une incision fut pratiquée sur le côté gauche de la gorge, commençant derrière le corps du maxillaire inférieur et descendant à trois pouces et demi, en inclinant légèrement sur la ligne médiane pour finir au niveau de l'ouverture de la trachée. Les muscles sterno-hyoïdien et hyothyroïdien étant attirés sur la ligne médiane, ainsi que l'omohyoïdien, à mesure que les artères étaient liées, il n'y eut que le stylo-hyoïdien à diviser. La paroi latérale du pharynx fut dès lors attirée au dehors et divisée longitudinalement. Le larynx put en être séparé ensuite et, par une petite incision transversale, écarté de la masse cancéreuse, intéressant surtout la moitié inférieure du *constrictor*. Les muscles passant au-dessus et adhérents à l'aile gauche du thyroïde étaient infiltrés et atrophiés. Le pharynx fut aisément détaché des vertèbres et les parties malades excisées. Elles mesuraient deux pouces et demi de long sur un et demi de large et un demi-pouce d'épaisseur. L'aile gauche du cartilage thyroïde fut séparée des muscles adhérents, en en réséquant un fragment triangulaire, et le lobe correspondant de la glande fut de même excisé et cautérisé avec le thermo-cautère. L'épiglotte parut normale, ainsi que les cartilages cricoïdes et arythénoïdes ; la carotide ni la veine jugulaire ne furent aperçues durant l'opération.

Les lèvres du pharynx furent alors réunies par des sutures, et un tube flexible placé dans l'œsophage et fixé au dehors. La plaie externe fut réunie en haut, et la canule tampon laissée en place pendant quelques heures.

Cette opération délicate dura deux heures environ, sans que la perte du sang fût considérable. Vingt à trente ligatures furent faites. Le pouls n'avait guère changé ; néanmoins l'opéré succomba dix-huit heures après, sans montrer d'autre lésion qu'une anémie extrême et une émaciation considérable à l'autopsie. Tout l'intérêt de cette opération est donc dans le procédé opératoire. (*Boston med. and surg. journ.*, 15 août.)

OPÉRATIONS. *Vomissements opiniâtres*. En dehors des régurgitations de salive ou des vomissements alimentaires passagers, survenant parfois chez des opérés ayant bu ou mangé trop tôt après l'opération, il s'en présente assez souvent et spontanément de très-opiniâtres, suivant M. Verneuil, à la suite des blessures et des opérations chirurgicales pratiquées en dehors de la région abdominale, et sans qu'on puisse les attribuer à un effet sympathique ni à l'action du chloroforme. Les opérés alcooliques, dyspeptiques ou ayant une maladie du foie ou des reins, y sont particulièrement exposés. Depuis quatre ans que son attention est éveillée à cet égard, il en a observé plusieurs exemples. L'ablation d'une énorme tumeur fibro-plastique suppurée de la face postérieure de la cuisse, chez un rhumatisant dyspeptique, a amené ainsi des vomissements rebelles pendant huit jours, de même qu'une ponction précédente de la tumeur en avait amené pendant quinze jours consécutifs.

La dilatation de l'uretère chez une femme albuminurique, atteinte de fistule vésico-vaginale, amena également des vomissements rebelles pendant huit jours.

Une désarticulation tibio-tarsienne, pratiquée pour un épithélioma du pied sur un sujet dyspeptique, a aussi été suivie de vomissements si opiniâtres que l'opéré est mort. Une cirrhose a été constatée à l'autopsie.

C'est une stéatose complète du foie qui a été rencontrée à la suite d'une désarticulation coxo-fémorale chez une femme qui est morte à la suite de vomissements.

L'ablation d'un testicule cancéreux a provoqué également des vomissements opiniâtres mortels. Un cancer des viscères abdominaux a été rencontré à l'autopsie.

C'est donc là un signe de complications viscérales graves. (*Soc. de chir.*, août.)

Opération césarienne. Deux procès ont été évoqués cette année, dans le département de la Loire, contre des personnes étrangères à l'art, ayant pratiqué cette opération après la mort de la femme. Le premier était un aubergiste qui, invité par le prêtre à ouvrir le ventre de la femme, une heure après qu'elle avait expiré, pour baptiser et sauver l'enfant, le fit avec un couteau-poignard et ne trouva qu'un enfant mort. Il était vivant, au contraire, dans le second cas; on le sentait palpiter. Les parents requirent un boucher. Une amende de cinq francs a été infligée au premier et de quinze francs au second.

En l'absence du médecin, que convient-il de faire? Requérir le maire, le garde champêtre, ou tout autre représentant de l'autorité, et opérer en sa présence et non à huis clos.

Position assise. Aucune mention ne paraît faite, jusqu'ici, de cette position spéciale, employée parfois en Angleterre, en vue de prévenir l'épanchement du sang dans la cavité du péritoine et la péritonite consécutive. M. Norris Davey en rapporte un exemple, suivi de succès pour la mère. C'était une naine rachitique de 3 pieds 8 pouces, primipare, de 30 ans, dont le bassin, étroit et déformé, ne mesurait qu'un pouce et demi entre le promontoire et la symphyse. Elle fut opérée assise dans un fauteuil, le tronc étant placé presque verticalement. Treize jours après, elle se levait, mais une énorme hernie ventrale de dix-sept pouces de circonférence en est résultée.

A l'objection que cette position verticale peut favoriser la syncope, M. Davey répond qu'elle ne s'est pas plus produite dans le cas précité que dans deux autres, opérés de même à Londres, et un troisième à Essex. Il considère ce danger plus que contrebalancé par l'écoulement facile du sang à l'extérieur, et l'extrême facilité d'opérer dans cette position. (*Lancet*, 8 juin.)

Un succès pour la mère et l'enfant a été aussi obtenu par M. Wrench sur une naine primipare de 28 ans, petite et mignonne comme un enfant de dix ans, mais sans aucune déformation. Elle ne payait que moitié du tarif en chemin de fer, comme les enfants. Le père était un gros carrier. Le bassin était si petit que la main ne pouvait être introduite.

L'opération césarienne fut pratiquée, sans complications, le 13 mars 1877. Un gros garçon vivant fut extrait, et la mère se rétablit parfaitement et était très-bien portante un an après. (*Idem*, 6 juillet.)

Excision de l'utérus et des ovaires. M. Wasseige a pratiqué cette redoutable extirpation, suivant la méthode radicale du professeur Porro, de Pavie, le 14 avril dernier, sur une femme rachitique dont la ligne sacro-pubienne est de cinq centimètres seulement. Après l'opération césarienne et l'extraction d'une fille vivante, l'écraseur est placé au niveau de l'orifice interne, et l'on serre jusqu'à ce que les lèvres de la plaie utérine ne laissent plus suinter la moindre goutte de sang; puis on excise, avec un long bistouri, toutes les parties placées au-dessus de deux centimètres de la chaîne.

Le moignon, formant une véritable rosace, est situé dans l'angle inférieur de la plaie abdominale. On la traverse avec une grande aiguille droite, au niveau de la chaîne, pour la fixer au dehors. On place un drain, et, la toilette du péritoine faite, on suture les parois abdominales. Pansement phéniqué; cautérisation du moignon; glace sur le ventre; tout cela en une heure. L'utérus et ses annexes pesaient 765 grammes, et la surface de section avait huit centimètres et demi de diamètre. (*Acad. de méd. de Belgique.*)

Malgré ce traumatisme, la femme a parfaitement guéri et quittait l'hôpital le 24 mai avec son enfant, à l'abri de tout danger semblable. C'est le sixième exemple de cette opération radicale; deux seulement ont été mortels. Toutes les opérées eussent peut-être succombé par le procédé ordinaire. Cette méthode nouvelle mérite donc d'être prise en considération.

OPHTHALMIES. *Pilocarpine.* Quatre à cinq gouttes d'une solution au 10e de chlorhydrate, soit environ 2 centigrammes de cet alcaloïde du jaborandi, injectées sous la peau du bras, paraissent avoir donné des résultats très-efficaces au docteur Métaxas dans certaines affections oculaires, de nature rhumatismale, avec troubles du corps vitré. Dans quatre observations d'iritis et d'iridochoroïdite rhumatismale, avec altération profonde, sinon perte de la vue, il a suffi de quelques injections pour la rétablir, en faisant disparaître

les flocons, les nuages de l'humeur aqueuse. Une hémorrhagie rétinienne et une choroïdite exsudative ont aussi été résorbées par ce moyen. Ce serait donc là un nouvel et puissant agent de résorption des exsudats séreux ou plastiques de l'œil, de cause locale ou diathésique. (*Lyon méd.*, n° 13.)

Ophthalmie sympathique. *Névrotomie optico-ciliaire.* L'initiative française de cette opération pour remplacer l'énucléation de l'œil paraît avoir un grand succès en Allemagne. A la suite des expériences de M. Boucheron sur les animaux (V. *année* 1876), voici des faits cliniques, des succès sur l'homme, communiqués à la Société de médecine de Berlin, qui démontrent la facilité de son exécution. Schœler l'a pratiquée 10 fois, dont 7 cas de sensibilité de la région ciliaire, un staphylome leucomateux avec névralgie ciliaire, un œil glaucomateux avec de vives douleurs et un ophthalmos staphylomateux. Dans 6 cas, l'œil était diminué de volume avant l'opération, et celle-ci en fut très-facilitée, l'écoulement du sang et l'exophthalmos consécutif étant presque nuls; la guérison eut lieu rapidement, trois à huit jours au plus. Elle a été plus sérieuse dans deux cas où l'œil était déjà augmenté de volume. L'exophthalmos fut si considérable que les paupières ne pouvaient se fermer, ce qui est attribué à une méthode opératoire spéciale ayant amené un abondant épanchement de sang.

Il recommande donc cette névrotomie de préférence à l'énucléation dans tous les cas où celle-ci est indiquée, excepté ceux de tumeurs malignes. L'altération des traits, la sécrétion augmentée et altérée de la conjonctive et son écoulement sur la paupière inférieure, le renversement des cils en dedans et l'irritation en résultant, surtout si un œil artificiel n'est pas posé, ou bien l'immobilité de celui-ci et le danger de l'inflammation qu'il provoque, sont des raisons qui font de l'énucléation la moins pressante des opérations oculaires. La conservation du plus mauvais œil est préférable au plus bel œil artificiel.

Voici le manuel opératoire : l'œil étant porté en dedans par un aide, le tendon du droit externe est sectionné, et, après l'avoir suturé avec un fil de catgut à la sclérotique, on divise celle-ci entre les deux muscles droits, que l'on dis-

sèque avec des ciseaux courbes, en frottant le globe jusqu'au nerf optique que l'on coupe. Si le sang coule abondamment, il suffit de fermer les paupières et de comprimer le globe avec une éponge pour l'arrêter en quelques minutes. Les nerfs ciliaires sont ensuite divisés en portant l'œil fortement en dedans, et l'on peut ainsi, par une légère compression sur la commissure extérieure, apercevoir le moignon du nerf optique et s'assurer que tous les nerfs sont divisés. Il ne reste plus qu'à suturer le tendon du droit externe divisé et à appliquer un bandage compressif.

Tout en défendant l'énucléation, Hirsberg a reconnu, depuis, avoir pratiqué deux fois la névrotomie optico-ciliaire avec de bons résultats sur un œil douloureux dont la cornée était atrophiée, et contre une cystite intense consécutive à la perte de l'œil.

Schweiger est aussi favorable à la nouvelle opération, et propose même de la simplifier en pénétrant par l'angle interne. Mais ce nouveau traitement de l'ophthalmie sympathique est encore trop récent pour s'y appesantir. On peut se demander seulement si la réunion consécutive des nerfs ciliaires ne rend pas leur division inutile. (*Berl. Klin. Woch.*, n° 20.)

Des ophthalmies sympathiques, thèse d'agrégation à la Faculté de médecine de Paris, par M. Reclus. Monographie complète de cette maladie nouvelle, avec toutes les opinions émises sur les causes de sa production. C'est pourtant la partie la plus faible, car l'auteur a sa théorie personnelle. Repoussant la théorie vaso-motrice et la propagation des lésions par les nerfs optiques, il plaide en faveur d'une névrite ascendante des corps ciliaires et du trijumeau. Et pourtant il s'en tient à l'énucléation de l'œil.

OREILLE. *Tintements ou bruits.* Voici, d'après le docteur Woakes, la classification de ces divers bruits, d'après leur siége et la cause qui les produit :

Congestion du labyrinthe.....	Artérielle.....	Bruits pulsatifs.
	Veineuse.....	Elancements.
Anémie, anévrysme...	Extérieurs.....	Pulsations.
Liquide dans le tympan ou la trompe d'Eustache.....	Catarrhe de l'oreille moyenne.	Bouillonnements ou gargouillements.

Congestion du tympan, de sa cavité et de la trompe.....	Inflammation chronique de l'oreille sans suppuration.....	Bourdonnements.
Contracture des muscles intrinsèques....	Irritation réflexe du nerf tenseur du tympan sur le ganglion optique.....	Bourdonnements.

C'est à expliquer le mécanisme de ces différents bruits et à les démontrer par des faits, des guérisons, que l'auteur justifie cette étiologie des tintements d'oreille. (*Lancet*, février.)

Ponction du tympan. La paracentèse avec le galvano-cautère, qui a le plus de chance de maintenir l'ouverture, a donné le quart de guérisons à M. Purves. Sur 39 cas de bruits de rivière ou de cataractes, 23 furent soulagés. C'est donc là un moyen à tenter, surtout s'il existe du liquide dans la cavité. (*Soc. méd. chir. de Londres*, mars.) Voy. TYMPAN.

OS. *Percussion.* Quelques explications ont été données par M. Lucke sur sa nouvelle méthode de percussion des os pour en constater l'état. La douleur et le son qui en résultent en sont les principaux caractères. L'auteur se sert, à cet effet, d'un percuteur en marteau.

Une douleur vive, développée par une percussion légère sur un point spécial de l'os et augmentant avec l'intensité de la percussion, indique une affection superficielle, tandis qu'elle est profonde s'il faut tout d'abord une forte percussion pour la développer. C'est ainsi que, dans une ostéite supposée de l'astragale, la percussion directe ne donnait que des résultats incertains ; mais une douleur très-vive fut perçue en percutant directement l'apophyse externe et l'une des malléoles, tandis que la percussion des faces externes du calcanéum restait indolore. La résection de l'os montra une ostéite centrale.

La tonalité varie suivant les points percutés. La diaphyse rend un son plus grave que l'épiphyse. Ce n'est donc que par comparaison des points correspondants que l'on peut en juger. Le son est grave, aigu, mat, creux ou tympanique, sec, en percutant l'os sans point d'appui.

La matité se rencontre dans l'infiltration de la moelle,

l'hyperémie intense, l'ostéite, l'ostéomyélite suppurée de la diaphyse aussi bien que de l'épiphyse. L'épaississement de la substance osseuse, surtout aux dépens du canal médullaire, donne aussi la matité, de même que dans l'hyperostose et l'exostose, au niveau des gommes guéries. Matité et douleur sont inséparables dans l'ostéomyélite suppurée, surtout au siége même de la lésion. On arrive ainsi à reconnaître de bonne heure l'ostéite dans les extrémités des os, et, en en ouvrant prématurément le foyer, à prévenir son retentissement articulaire, comme plusieurs exemples le prouvent.

Le son sec ou bref est perçu dans les affections articulaires, quand des fongosités atteignent la surface de l'os et ont érodé le cartilage d'incrustation. Une surface très-compacte le donne également.

La raréfaction du tissu compacte donne au contraire un son creux ou tympanique. On peut juger par là de l'état des os, lorsqu'il s'agit de les briser.

Par ces différents signes, la percussion permet de diagnostiquer les fissures, les tumeurs centrales, les altérations en foyer et les infiltrations cancéreuses des os, la condensation et la raréfaction de la substance compacte. (*Archiv f. Klin. chir.*, 1877, et *Archiv. de méd.*, janvier.)

OVARIOTOMIE. Une question singulière s'est élevée à ce sujet dans les hôpitaux anglais : à savoir quels sont, des chirurgiens ou des accoucheurs, ceux qui ont exclusivement le droit de pratiquer cette redoutable opération? On sait que, plus qu'en France, ces deux ordres sont encore distincts, ainsi que celui des médecins. Tandis que les premiers en réclament le droit exclusif, les seconds ne demandent qu'à le partager avec eux. De là grand débat sur les origines de l'opération, qui est surtout obstétricale. Ephraïm Mac Dowell et Jeaffreson, qui l'ont exécutée les premiers, n'étaient pas chirurgiens, et Clay, qui a surtout contribué à l'établir, était accoucheur; et elle ne fut ainsi longtemps encouragée et pratiquée que par des obstétriciens. Les chirurgiens, au contraire, l'ont tout d'abord repoussée, blâmée, condamnée, comme impraticable. Lawrence l'a dénoncée, comme Velpeau, à la vindicte chirurgicale, comme une épouvantable boucherie. Elle fut même absolument interdite à l'hôpital Guy. Il est donc injustifiable que ces chirurgiens

réclament aujourd'hui le privilége exclusif de la pratiquer, à l'exclusion des accoucheurs.

Sous le rapport pratique, les chirurgiens ne sauraient être plus autorisés à pratiquer l'ovariotomie, car, si leur habileté opératoire est plus grande, les accoucheurs, les gynécologistes sont les plus aptes à en poser le diagnostic; ils sont là sur leur véritable terrain. Sans leur réserver le droit exclusif, le privilége de la pratiquer dans les hôpitaux, il est donc juste et de l'intérêt public qu'ils partagent ce droit avec les chirurgiens. Telle est du moins la conclusion la plus généralement adoptée, suivant les règles de la science et contrairement aux *English surgeons*.

L'évènement le plus considérable, à ce sujet, est la retraite de Spencer Wells, l'illustre ovariotomiste du *Samaritan hospital*. Dans sa leçon d'adieu, il a rappelé que, sur les 800 ovariotomies qu'il a pratiquées, 403 ont été faites dans cet établissement avec une progression constante de succès, dans les cinq dernières années surtout. 159 cas n'ont donné que 33 morts, soit moins de 22 pour 100. Les 78 dernières n'ont donné que 7 décès; c'est donc une proportion inférieure de moitié à celle de M. Kœberlé.

Son histoire s'est aussi enrichie par une récente découverte de Spencer Wells. Il a constaté, dans l'*Ippocratice di Forte*, que l'ovariotomie fut exécutée pour la première fois en Europe par le docteur Gaetano Emiliani, de Faenza, en 1815. Malgré de nombreuses saignées et la perte d'une demi-livre de sang durant l'opération, la malade d'Emiliani guérit et accoucha, un an après, de deux jumeaux. L'ovaire enlevé figure encore actuellement au musée de la Société médico-chirurgicale de Bologne.

Mais la priorité n'en revient pas moins à l'Amérique, comme l'anesthésie. Le docteur Ephraïm Mac Dowell est bien le père de l'ovariotomie normale, qu'il exécuta le premier en 1809. Aussi un monument en granit dans le style dorique est-il élevé à sa mémoire à Danville, dans le Kentucky, par la Société médicale de l'État, pour perpétuer ce grand évènement, qui le rendit un bienfaiteur de sa race et le fit connaître et honorer dans tout le monde civilisé. Sur le côté droit de la base est gravé un laurier avec cette inscription : « La profession reconnaissante révère sa mémoire et garde son exemple comme un trésor. » A gauche

est la date de sa naissance, celle de son doctorat à l'Université d'Edimbourg et celle de sa première ovariotomie. Les nations s'honorent en reconnaissant ainsi les grands hommes qui sont leurs titres de noblesse.

Ovariotomie précoce. Telle est la gravité de cette redoutable opération que, malgré sa pratique courante, universelle, tous les chirurgiens appelés à l'exécuter, les jeunes surtout, sont tentés d'en relater les observations, lorsqu'il y a succès notamment, tant elle semble toujours un haut fait chirurgical. De nombreux cas en sont ainsi publiés de part et d'autre, sans qu'aucun enseignement nouveau s'en dégage le plus souvent. Nous en distinguerons pourtant celle du docteur Marduel, qui la pratiqua trois mois seulement après les premiers symptômes, chez une femme de 24 ans, sans que le volume du kyste ni les accidents, outre les douleurs locales, en fissent une indication pressante.

Le kyste ne donna en effet que deux litres et demi d'un liquide rouge brun, contenant un grand nombre de globules rouges et blancs et une forte proportion d'albumine. Les douleurs locales doivent donc être rapportées à la sécrétion de ce liquide et à l'extrême vascularité du pédicule, car il ne se rencontra pas d'adhérences, comme on s'y attendait. (*Lyon méd.*, n° 47.)

D'où l'enseignement de ne pas considérer ces douleurs locales comme un signe constant d'adhérences. Est-ce là un signe du péritonisme, dont M. Le Dentu fait une indication opératoire ? Dans ce cas, ce seraient deux nouveaux succès à l'appui de ce signe. (*Acad. de méd.*, novembre.)

Traitement du pédicule. Sur 65 ovariotomies dont le pédicule a été traité différemment, le docteur W. Netzel a obtenu les résultats suivants, donnant la valeur de chaque procédé :

Cautérisation.....	8 cas	3 décès.
Clamp.....	47 —	9 —
Ligature perdue.....	10 —	1 —

D'où il infère que cette ligature perdue avec un fil de soie est préférable, tandis qu'il rejette absolument la cautérisation. Aucune hémorrhagie n'est à redouter si la ligature

est faite avec soin, et, quant à l'irritation du fil et du moignon à l'intérieur, il n'en a été observé jusqu'ici aucune complication. (*Nordisk med. ark.*, mars.)

Il est évident que ce traitement doit être subordonné à l'état du pédicule. Dans une ovariotomie pratiquée récemment par M. Marduel, le pédicule était si gros et vascularisé qu'il renfermait trois grosses artères comme les cubitales, quatre comme les collatérales du pouce et un grand nombre d'autres plus petites. La cautérisation était donc impossible. Elle ne peut être employée que dans le cas où les vaisseaux sont rares et petits. La ligature même n'eût pas été prudente dans ce cas. Les fils de catgut sont bien tolérés par le péritoine et facilement résorbés, et l'hémorrhagie secondaire n'est pas à craindre ici, puisque ces artères du pédicule sont sans collatérales; mais renfermer un pédicule si volumineux dans le péritoine était à craindre pour la septicémie. Aussi a-t-on eu recours au clamp, et la guérison eut lieu. (*Soc. des sciences méd. de Lyon*, juillet, et *Lyon méd.*, n° 47.)

Avantages du pansement phéniqué. Plusieurs témoignages s'en rencontrent simultanément. C'est d'abord la statistique de M. Schroeder, professeur de gynécologie à Berlin. Sur 50 ovariotomies, pratiquées du 25 mai 1876 au 24 février 1878, dont il convient de défalquer 3 cas d'affections cancéreuses ayant promptement amené la mort, il a eu six décès parmi les 24 premières, opérées sans la méthode antiseptique, tandis qu'il n'en a eu qu'un seul chez les 23 dernières, opérées sous le nuage phéniqué. De là pour lui la preuve de ses avantages anti-infectieux. Aussi renchérit-il encore sur M. Lister dans l'emploi de sa méthode.

Il opère dans une chambre particulière ne servant qu'à cela et après y avoir fait pratiquer une pulvérisation d'eau phéniquée une demi-heure auparavant, c'est-à-dire de grand matin, avant toute autre visite, et après avoir pris un grand bain, s'être lavé dans de l'eau phéniquée et s'être habillé de vêtements neufs, de même que le seul aide qui doit l'accompagner. La malade elle-même est complètement lavée et changée avant d'y entrer. Les instruments sont tout neufs ou repassés à neuf, trempés d'avance dans la solution, de même que les éponges. Un bassin d'eau phéniquée, dans

lequel opérateur et aide plongent à tout moment leurs mains, est là, et c'est grâce à ces précautions inouïes qu'il prétend éviter la péritonite et la mort, toujours produites par l'infection, d'après lui.

Dans ces conditions, le pouls ne s'élève pas au delà de 90 à 100 et la température au-dessus de 38°, sans indices d'empoisonnement phéniqué. Le vomissement survient le plus souvent le premier jour, pour cesser aussitôt, et l'appétit reparaît. Le pansement est enlevé le dixième jour ainsi que les fils, sous le nuage phéniqué, et la plaie réunie par première intention avec le pédicule à l'intérieur, sans une seule goutte de pus, malgré l'irritation produite par le fil de soie, dont il se sert de préférence au catgut. (*Berl. medic. Woch.*, 18 mars.)

M. Thornton, l'émule et le continuateur de Spencer Wells, croit aussi que les succès de plus en plus nombreux qu'il obtient sont dus aux précautions antiseptiques de plus en plus minutieuses qu'il prend. Sur les 10 décès qui ont suivi ses 60 premières ovariotomies, 7 ont eu lieu dans les 10 premières, 2 dans les 10 suivantes et un seul de 50 à 60. Sur 33 autres, pratiquées depuis, il n'a eu qu'un seul insuccès. (*Harveyan Society*, 21 février.)

Il est présumable que les récents succès obtenus par M. Lucas-Championnière dans les hôpitaux de Paris sont attribués à la même méthode, car il n'a pu se constituer son défenseur en France, sans en montrer les avantages dans cette redoutable opération.

Hernie ombilicale. Sa coexistence avec un kyste de l'ovaire n'est pas une contr'indication à l'ovariotomie, d'après le docteur Cazin, car, après les principaux ovariotomistes, il en a opéré deux cas, dont un avec succès. Cela fait un total de 17. Le pronostic de l'opération n'en paraît même pas aggravé. Mais il croit préférable de tenter simultanément la disparition de l'infirmité par l'excision du sac, comme il l'a fait heureusement dans ce dernier cas avec la guérison radicale de la maladie. Ce sont deux bienfaits pour un. Les adhérences étendues du sac herniaire commandent seules de contourner la hernie. (*Acad. de méd.*, juin.)

Des maladies des ovaires et de l'ovariotomie, par Kœberlé; un volume grand in-8° de 142 pages, avec 143 planches et figures intercalées dans le texte; Paris.

C'est le tirage à part de l'article paru, sous ce titre, dans le tome XXV du *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* de J.-B. Baillière et fils, précédé de l'anatomie et de la physiologie des ovaires par M. Mathias Duval. Le traité est ainsi complet, au moins dans les points principaux et nouveaux du sujet. Toutes les théories anciennes sur l'ovaire et l'ovulation y sont remplacées par les données microscopiques les plus récentes et positives. Mais c'est surtout quant à la pathologie et à l'ovariotomie en particulier que les détails abondent. Au point de vue pratique, l'ovariotomie est traitée là de main de maître, comme on pouvait l'attendre de la grande expérience de l'auteur. Il comptait en effet 293 ovariotomies, au mois de mars dernier, avec 218 guérisons et 75 morts, c'est-à-dire 25 pour 100 de mortalité ; mais elle n'a été que de 18 sur les 150 dernières. On peut donc espérer la voir diminuer de plus en plus.

Tout en indiquant les différents procédés opératoires avec leurs détails et leurs résultats, l'auteur insiste spécialement sur les siens, mais sans indiquer ni les motifs ni les raisons de sa préférence. Il néglige ainsi de préciser les indications des différents traitements du pédicule, sur lesquelles il est si important d'appeler l'attention.

Ovariotomie normale. Imaginée par Battey pour remédier à des troubles graves de l'utérus ou de ses annexes et liés le plus souvent à la menstruation (voy. *année* 1872), cette opération a été pratiquée 23 fois, dont 10 par son auteur dans des cas d'aménorrhée, de dysménorrhée ou de névralgies ovariennes restées incurables autrement; 5 fois par Sims, 1 fois par G. Thomas, 3 fois par Hégar, 1 fois par Peaslee, 2 fois par Trenholme pour des accidents hystériques et épileptiformes et dans trois cas de corps fibreux avec disparition des hémorrhagies et diminution de la tumeur. Enfin Kœberlé l'a pratiquée en 1877 pour une névralgie ovarienne.

Elle se fait de deux façons : par l'incision de la paroi abdominale, par l'incision de la paroi postérieure du vagin, qui, moins grande que la première, a été employée le plus souvent. La malade étant couchée sur le côté gauche, l'épaule droite légèrement inclinée en avant, le périnée est repoussé d'abord avec un spéculum à bec de canard et

l'utérus attiré en bas. Le chirurgien incise alors, sur la ligne médiane, la muqueuse vaginale et le tissu cellulaire sous-jacent du cul-de-sac postérieur, dans l'étendue d'un pouce et demi, puis le péritoine. Et, tandis qu'un aide presse sur l'hypogastre pour refouler les organes abdominaux, l'index est passé dans la fosse de Douglas, saisit l'ovaire, l'attire avec une pince et le résèque avec l'écraseur. On peut enlever l'autre de la même manière, et, le vagin étant nettoyé, il ne s'agit plus que de coucher la femme. Les plaies se cicatrisent facilement.

A moins d'adhérences, l'opération est donc simple et rarement suivie d'hémorrhagie abondante. Mais d'autres complications peuvent survenir du fait de la maladie. Plusieurs opérées ont ainsi succombé après l'opération. (*Transact. of the american gyn. Society* et *Gaz. hebdomadaire*, n° 48, 1877.)

Battey's operation (opération de Battey ou ovariotomie normale). Tel est titre d'une brochure publiée à Londres par M. Marion Sims, contenant tous les détails statistiques des 28 cas où elle a été pratiquée, dont 5 décès, avec ses indications les plus précises.

P

PANNUS. *Inoculation blennorrhagique.* Un éclatant succès est résulté de cette médication singulière entre les mains de M. Panas, comme l'an passé entre les mains du docteur Critchett, avec le pus de l'ophthalmie purulente d'un nouveau-né. Tous les moyens ordinaires avaient échoué contre un pannus sarcomateux, y compris la tonsure de la conjonctive. Il a suffi de déposer, à la face interne de chacune des paupières renversées, une gouttelette de pus blennorrhagique pour provoquer, en quarante-huit heures, un écoulement d'une extrême abondance qui a fait cesser rapidement la photophobie, les douleurs, la tension intra-oculaire, fondre les granulations fongueuses de la conjonctive et de la cornée, et amener la guérison. Une modification profonde et très-favorable sur la nutrition de l'œil résulte donc de cette inoculation. (*Soc. de chir.*, juin.)

Evidemment, elle ne doit être employée qu'après l'échec des moyens ordinaires, en raison même de ses dangers. L'irritation virulente est parfois si intense qu'il faut appliquer des cataplasmes de fécule et des compresses glacées. M. Panas prescrit aussi une inoculation simultanée quand les deux yeux sont pris, tandis que, le plus souvent, elle a été faite successivement, afin d'éviter une réaction trop forte. Avec les exemples déjà connus, l'inoculation purulente et spécifique est ainsi le remède suprême et infaillible des pannus les plus graves.

Dans les cas ordinaires, l'excision du cul-de-sac conjonctival, en haut ou en bas ou des deux côtés, a donné 227 succès à M. Galezowski. Une seule excision suffit parfois pour le pannus granuleux. (*Idem*, juillet.)

PANSEMENTS. La discussion soulevée à l'Académie de médecine par M. Verneuil, en venant proposer un nouveau pansement de la désarticulation de la hanche (voy. *ce mot*), a montré dans quel état d'anarchie est aujourd'hui cette question capitale de la chirurgie. Aucune règle fixe ni précepte traditionnel ne sont plus respectés ni observés. Des méthodes diamétralement opposées sont mises en pratique et vantées comme également efficaces contre la septicémie et l'infection purulente. A la réunion immédiate avec double suture, compression et immobilisation pour mieux l'assurer, on oppose la division extrême, les plaies étalées et pansées à plat. Le pansement fermé par occlusion, fixe, avec des monceaux de ouate, est remplacé par le pansement ouvert, à plat, sous cloche et renouvelé, avec tous les intermédiaires. Le pansement mixte, c'est-à-dire ni ouvert ni fermé, est ainsi préconisé par M. Richet, et chaque orateur a vanté de même une modification quelconque. Depuis que M. Lister s'est illustré par le pansement phéniqué, tout chirurgien ambitieux veut avoir le sien, pour participer à sa gloire et sa renommée. Il semble qu'il n'y ait plus qu'à innover pour obtenir du succès. On varie sur la quantité et la nature du liquide, acide phénique ou alcool, soit pur, soit dénaturé, avec des résultats aussi satisfaisants. Aussi, au milieu de ce tumulte et de cette confusion de revendications, les praticiens ne savent-ils plus à quoi s'en tenir.

Les pansements ne sont devenus efficaces par eux-mêmes, suivant M. Gosselin, que depuis 1872. Avant, ils étaient indifférents, nuls, ou simplement hygiéniques par les mesures générales employées, comme l'aération des salles, l'isolement des opérés et les précautions prises contre la contagion. Aujourd'hui, au contraire, l'emploi de l'alcool et de l'acide phénique, en coagulant les matières albuminoïdes du sang, de la sérosité et du pus qui en proviennent, en resserrant les vaisseaux béants et en s'opposant à l'action des germes ambiants, agissent à la fois comme antiphlogistiques occlusifs et antiseptiques, de même que la ouate, le drain, les sutures, la compression et l'insensibilité. De là la diminution de l'érisypèle, de l'infection purulente et de la septicémie après les pansements actuels. (*Idem*, 3 février.)

Pansement phéniqué. Son véritable but, d'après la déclaration formelle de l'auteur lui-même, est de favoriser la réunion immédiate des plaies, si difficile à obtenir par les méthodes ordinaires. Il a pour effet, suivant lui, de prévenir la putréfaction du sérum du sang à la surface de la plaie et par conséquent d'empêcher la suppuration de celle-ci et de rendre l'infection purulente impossible.

Il se sert à cet effet d'une solution contenant une partie d'acide phénique et 20 d'eau, pour les lotions, le lavage des mains et des instruments. Pour les pansements, il emploie soit un mélange de un gramme d'acide pour 10 grammes d'huile d'olive, soit la même dose dans 5 grammes de résine, suivant qu'ils doivent rester plus ou moins longtemps en place. Il cautérise les granulations avec l'acide borique, le chlorure de zinc ou l'iodoforme, au lieu du nitrate d'argent. (*Soc. de chir.*, juin.)

Ce n'est pas en tuant les germes que ce pansement réussit, dit M. Le Fort, car il n'est pas conforme à cette doctrine. Une quantité infinitésimale suffit à cet effet, soit une solution au 1,000e, tandis que celles dont se sert Lister sont beaucoup plus concentrées, comme on vient de le voir. Aussi, sous leur influence, voit-on la plaie perdre sa couleur vermeille et prendre une coloration de jambon fumé ; les petits vaisseaux se contractent, et le sang se coagule à la surface. De là une production moindre de lymphe plasti-

que, très-favorable à la réunion immédiate. C'est donc en favorisant celle-ci qu'il agit tout simplement.

La preuve en est dans les résultats semblables obtenus avec l'alcool camphré. Sans préjuger de son action sur les germes, M. Le Fort a vu ce liquide produire le même *jambonnage* sur les plaies, et il en a obtenu les mêmes résultats qu'avec le pansement de Lister, c'est-à-dire des réunions immédiates telles qu'il n'en avait jamais eu de semblables. Et, comme des chirurgiens ont obtenu avec le pansement ouvert des résultats plus satisfaisants qu'avec le pansement fermé (voy. *année* 1876), il en conclut que la théorie des germes sur les plaies est sans valeur. (*Acad. de méd.*, février.)

L'infection putride qui se révèle par des accès fébriles quotidiens, la diarrhée, l'amaigrissement, très-rare après les amputations, peut bien être produite par les germes extérieurs; mais l'infection purulente primitive, la septicémie aiguë, mortelle en deux ou trois jours, celle des accouchées, comme celle des amputés, qui se manifeste par un violent frisson, de beaucoup la plus fréquente, n'en sauraient être justiciables. Ces différentes formes de la pyohémie paraissent cliniquement bien plus sous l'influence de l'ébranlement général du système nerveux et du moral que sous celle des germes. Les blessures et les opérations sont ainsi bien plus graves à la fin qu'au début d'une campagne, surtout chez les vaincus. L'origine de l'infection purulente primitive est donc bien plutôt dans l'état général : la constitution, les diathèses, l'alimentation, le milieu, que dans les germes ambiants. D'ailleurs l'organisme vivant fait bien de l'os, des globules sanguins, du sarcome et tant d'autres produits morbides, pourquoi ne ferait-il pas de même spontanément des globules de pus, des leucocytes, sans leur intervention ? M. Lister en explique ainsi la formation pour justifier l'emploi et la mise en scène de son pansement, aussi bien que M. A. Guérin. Quant à dire que l'abondance du pus est plus grande, ainsi que son danger, sous l'influence de ces germes microscopiques, la preuve en est encore à faire.

Si donc cette théorie a inspiré de nouvelles méthodes de pansement bonnes en soi, on ne peut en voir la confirmation par les excellents résultats qu'elles donnent. On trouve

ainsi les causes de l'érysipèle dans l'emploi de la charpie, des éponges et du diachylon dans les pansements, les courants d'air et surtout la contagion. Comment cette complication régnerait-elle pour ainsi dire à l'état épidémique dans certains hôpitaux, certains services en particulier, ou dans certaines saisons, si elle tenait à l'action des germes microscopiques ? C'est donc avec des pansements faits avec soin, de la plus grande propreté, et en maintenant surtout les plaies dans un certain état d'humidité par des compresses imbibées d'une solution alcoolique ou phéniquée et recouvertes de taffetas ciré, en lavant ses instruments et ses mains dans ces solutions, que le chirurgien évitera ces dangereuses complications. M. Le Fort est arrivé à une mortalité de 16 pour 100 seulement dans les amputations de cuisse. (*Idem*, mars.)

Tout en observant autant que possible le grand précepte fondamental : *Ne jamais laisser la plaie au contact de l'air extérieur, mais la tenir constamment entourée d'une atmosphère de vapeurs phéniquées*, M. Letiévant lui a fait subir des modifications qui le simplifient et le mettent à la portée de tous les praticiens. Les vaporisations phéniquées étant faites pendant l'opération et les pansements avec un pulvérisateur, il se borne ensuite à recouvrir la plaie avec du taffetas ciré fin et de coton, passé dans une lessive de potasse et de soude, desséché et imprégné d'une solution phéniquée à 2,50 d'acide pour 100 d'eau. Une bande également imbibée sert à fixer le tout avec une couche de ouate par-dessous qui entretient une douce chaleur de la plaie et la protège contre les chocs.

Employé uniformément dans son service de l'Hôtel-Dieu de Lyon, depuis la fin de juillet 1875 jusqu'au 10 août 1877, dans plus de 2,500 opérations : 1,203 lésions sanglantes, 954 non sanglantes, 181 fractures simples, 21 fractures compliquées et près de 50 amputations, ce pansement a fait disparaître absolument l'infection purulente dans ce service. Aucun cas ne s'en est présenté, alors qu'auparavant elle était fréquente et comme endémique dans cet hôpital, où rien n'a été changé que le pansement.

Sous son influence, les blessures compliquées graves ont guéri plus rapidement. Des 20 fractures compliquées de plaies, dont il donne le tableau, il n'y a eu que 2 décès dans

les fractures de jambe, dont un par gangrène foudroyante en vingt-quatre heures. Jamais résultat aussi favorable ne s'était observé, bien que l'amputation n'ait pas été pratiquée dans beaucoup de fractures avec ouverture de l'articulation du genou ou suppuration du poignet.

Enfin la réunion immédiate a été obtenue beaucoup plus souvent non-seulement dans les grandes amputations, comme nous l'avons montré l'année dernière, mais dans une foule de plaies moins étendues dont M. Letiévant donne le détail. (*Lyon méd.*, n° 50, 1877.)

Ces résultats de premier ordre sont très-satisfaisants sans doute et doivent engager à employer ce pansement simplifié. Mais l'auteur ne parle que de ses succès et ne dit rien de la proportion de mortalité de ces 2,500 opérations, ce qui serait un critérium aussi du pansement phéniqué. Volkmann résume ainsi les succès obtenus avec le pansement antiseptique, employé, depuis trois ans, dans plus de 1,000 opérations importantes :

Sur 183 amputations exécutées sur 172 individus, 149 ont guéri de 156 amputations, 23 amputés sont morts, soit 13,37 pour 100.

Sur 119 opérations sur le sein, 6 morts dont deux d'érysipèle.

75 fractures compliquées et 24 plaies pénétrantes des articulations, traitées ainsi, ont toutes été suivies de guérison.

Aucun cas d'infection purulente ni de septicémie n'est survenu parmi ces blessés, et il n'y eut que trois ou quatre érysipèles. Voy. Hydarthroses, Ovariotomie.

Pansement phéniqué sous cloche. Tenant compte des bons effets de la méthode antiseptique et des avantages du pansement à découvert, le professeur Ollier a cherché à réunir les résultats de ces deux méthodes en les fusionnant. Son appareil consiste simplement en un bocal ou manchon en verre, percé de deux trous au fond, dont l'un est destiné à recevoir un thermomètre de 10 à 45° pour avoir la température de l'intérieur, et l'autre pour placer un robinet destiné à l'évacuation des liquides ou à la prise des gaz pour les analyser. Voici comment on l'applique :

L'intérieur du bocal étant bien enduit de glycérine phéniquée à 10 pour 100 et son orifice obturé avec du coton

bien désinfecté qui adhère à la peau en la badigeonnant avec une solution épaisse de gomme arabique, il ne s'agit que d'y passer le membre blessé ou amputé, déjà entouré d'un bandage ouato-silicaté. Un bloc de coton saupoudré de cristaux d'acide phénique et enveloppé d'une compresse est placé dans le bocal pour supporter le membre, qui ne baigne pas ainsi dans les liquides.

L'atmosphère de l'intérieur de la cloche est ainsi parfaitement pure, exempte de germes, et l'air extérieur ne peut s'y introduire que filtré par la ouate qui entoure le col. La fermentation ne peut donc s'établir ni la putréfaction, et c'est la réalisation d'un milieu parfaitement aseptique pour la plaie, au milieu d'une salle d'hôpital. On aura, par ce moyen, la preuve expérimentale de savoir si les blessés s'empoisonnent, se septicémisent par leur plaie ou par absorption pulmonaire, sinon spontanément. Les expériences sont en cours d'exécution. (*Lyon méd.*, n° 1, et *Revue mensuelle*, janvier.)

Pansement plâtré. En mélangeant une partie de ciment blanc ou anglais à trois parties de plâtre ordinaire, M. Terrillon obtient une dessiccation beaucoup plus prompte qu'avec le plâtre seul. Elle est complète sur la tarlatane en quinze à vingt minutes, sans que l'appareil se ramollisse ensuite au contact de l'eau ou de l'urine. C'est là l'avantage de l'addition du ciment. (*Soc. de chir.*, décembre 1877.)

PARACENTÈSE CAPILLAIRE. L'emploi de petits tubes capillaires à demeure contre l'anasarque des extrémités inférieures pour l'écoulement continu du liquide, en Angleterre, a conduit le docteur Goodhart, de l'hôpital Guy, à vulgariser la paracentèse capillaire comme méthode générale. Il ponctionne ainsi l'ascite, les kystes hydatiques du foie, les épanchements pleurétiques avec une aiguille capillaire dont il fixe la canule à demeure jusqu'à l'épuisement du liquide, c'est-à-dire pendant vingt-quatre heures, en y adaptant un long tube en caoutchouc qui se rend dans un vase. Il conseille d'y recourir toutes les fois que la nature supposée du liquide permet son facile écoulement par cette voie, car il y voit l'avantage de rendre l'opération plus simple et d'éviter les accidents inhérents à une évacuation trop rapide des sé-

reuses, comme la congestion pulmonaire, la syncope, la péritonite, et obtient une guérison radicale plus fréquente par cet écoulement continu, lent et complet. (*Lancet*, 24 août.)

Les faits jusqu'ici ne sont pas concluants, et une observation plus étendue est indispensable pour savoir ce que l'on doit attendre de cette méthode.

PARALYSIES. Outre les paralysies consécutives aux maladies aiguës graves, infectieuses, virulentes, ou contagieuses, bien connues aujourd'hui comme résultant d'altérations moléculaires du système nerveux, dont les anciens avaient constaté les effets sans en déterminer la cause, qu'ils appelaient faiblesse, le docteur Clément de Lyon a observé des tremblements plus ou moins généralisés, se rapprochant de la paralysie agitante. Des oscillations rapides, régulières ou étendues, sont exaspérées par le mouvement volontaire, atténuées au contraire par le repos dans la veille, et cessent complètement pendant le sommeil. Elles s'observent si rarement que l'auteur a cité seulement six observations dont voici le type.

Un homme de 35 ans, atteint, huit mois auparavant, d'une fièvre typhoïde très-grave durant laquelle il perdit connaissance pendant trois semaines, présente depuis lors des tremblements qui ont été sans cesse en progressant. A son entrée à l'hôpital, ce tremblement a envahi tous les membres. Des oscillations extrêmement rapides s'effectuent dans tous les segments des membres. Les doigts des mains sont étendus, et les pouces placés en opposition comme pour filer. Au lit, les couvertures sont fortement agitées par les membres inférieurs. Le repos diminue ces secousses, qui cessent complètement pendant le sommeil. Il est impossible au malade de saisir un verre et de le porter à sa bouche, car il risquerait de se briser les dents. On est obligé de le faire alimenter par un aide. La force musculaire et les différents modes de sensibilité sont parfaitement conservés. La propulsion en avant dans la marche est extrêmement violente.

Tous ces troubles moteurs se sont amendés graduellement sous l'influence des douches froides et des bains sulfureux, et, en trois mois, le malade était à peu près guéri, au point de quitter l'hôpital.

Ce n'est donc pas là le tremblement banal, qui s'observe communément après la plupart des maladies fébriles intenses. Celui-ci est plus considérable, étendu, rhythmé, saillant, capital ; c'est une manifestation de premier ordre de la perturbation du système nervo-moteur, qui se montre surtout après la fièvre typhoïde et le typhus, la variole et l'érysipèle de la face, au moins d'après les cas observés.

D'ailleurs, il en existe un second type, qui, comme dans le tremblement de la sclérose en plaque, n'apparaît que dans les mouvements volontaires et se compose d'un mélange de parésie et d'ataxie. Il y a du nystagmus, du tremblement de la langue qui fait zézayer le malade et scander ses mots. C'est donc là un tremblement particulier et plus grave que le tremblement commun. (*Soc. des sciences méd. de Lyon.*)

Paralysie générale. *Localisations cérébrales.* Outre l'encéphalite chronique interstitielle diffuse, qui, pour M. Magnan, explique les paralysies permanentes, il a rencontré, chez un boucher de 50 ans qui avait présenté des troubles moteurs, paralytiques et convulsifs, à évolution rapide, des foyers de congestion, de ramollissement et d'hémorrhagie dans les centres moteurs pour les expliquer. Ces phénomènes, qui masquent et obscurcissent parfois le cours ordinaire de la maladie, ne doivent donc pas en faire méconnaître le diagnostic; ils dépendent de lésions accessoires greffées sur la principale. (*Revue mens. de méd. et chir.*, janvier.)

Troubles oculaires. Des paralysies brusques et passagères, lentes et durables, peuvent également se montrer dans les muscles de l'œil, strabisme et paralysie de l'œil lui-même, par la sclérose ou l'inflammation des nerfs qui les animent. Ces troubles oculaires peuvent même précéder de plusieurs années l'apparition de la paralysie générale et en être ainsi les prodromes, comme deux faits observés par l'auteur en sont la démonstration. (*Soc. de biol.*, 1877.)

L'amblyopie droite dans quatre cas et à gauche dans un cinquième a aussi été observée par Furstner sans altération apparente du fond de l'œil ; mais diverses lésions locales des lobes occipitaux et frontaux ont été rencontrées à l'au-

topsie dans les quatre premiers cas. (*Archiv für Psychiatrie*, 1877.)

Leucocythémie. De même qu'il avait rencontré des bactéries dans le sang des paralysés généraux, M. A. Voisin a compté 8 à 10 globules blancs pour 300 à 350 dans le sang de trois de ces malades. Arrivées au dernier degré de la maladie, elles présentaient les caractères de la diathèse gangréneuse. Haleine et odeur infecte de la peau, d'un bistre foncé. Eschares au sacrum et aux pieds. Bulles d'ecthyma aux jambes et aux bras. Fièvre; abattement. Sang fluide s'étalant en nappe, couleur groseille, ne se coagulant pas.

Ces altérations du sang peuvent donc rendre compte des lésions cutanées, sans invoquer les altérations des vaso-moteurs ni des cellules de la moelle, et peuvent même expliquer beaucoup d'autres manifestations hémorrhagiques, scorbutiques, comme on les observe. (*Soc. de méd.*, novembre 1877.)

Frictions stibiées sur le crâne. Considérant la paralysie générale progressive comme une encéphalite chronique de l'écorce de la partie antérieure et convexe des hémisphères, sinon une méningite de cette région, le docteur L. Meyer, de Gœttingue, a eu recours au traitement dérivatif suivant, à l'exemple de Jacobi. Il rase le cuir chevelu, dans une étendue égale à la moitié de la main, au niveau de la grande fontanelle, et frictionne avec la pommade stibiée la portion centrale du diamètre d'un thaler. Renouvelée vingt-quatre heures ensuite, cette friction énergique suffit à soulever l'épiderme, et, en le recouvrant d'un linge induit du même topique, le cuir chevelu environnant ne tarde pas à se tuméfier avec quelques pustules. L'abondance de la suppuration décolle les téguments, qui s'éliminent spontanément ou à l'aide des ciseaux dans la première quinzaine. On entretient la suppuration de la plaie pendant deux ou trois mois, en administrant concurremment l'iodure de potassium à l'intérieur, avec un régime substantiel.

Sur 17 paralytiques traités ainsi depuis quinze ans, dont 2 encore en traitement, 8 ont guéri, ainsi que les observations en justifient, un seul a éprouvé une rechute deux ans après.

Mais ce traitement efficace n'est pas sans danger. Outre

qu'il entraîne la perte des cheveux, le périoste peut être atteint et l'exfoliation de parcelles d'os s'ensuivre, comme l'auteur dit l'avoir observé souvent. A l'autopsie d'un aliéné de 44 ans qui avait subi ce traitement quinze ou vingt ans auparavant à la Charité de Berlin, W. Sander constata une cicatrice plus grande que deux thalers au sinciput. Les téguments, amincis, polis, rosés et adhérents à l'os, n'avaient plus trace de cheveux. L'os sous-jacent était bombé autour de la suture sagittale, avec proéminences irrégulières, blanches, éburnées et denses. Un tronçon de la suture sagittale était détruit, et le diploé faisait complètement défaut. La face interne de l'os était déprimée, poreuse, rosée, et adhérait intimement à la dure-mère. Celle-ci était même soulevée dans un point avec de nombreux vaisseaux la sillonnant.

Quoique Meyer considère ces accidents comme sans gravité, on voit que ce travail inflammatoire détermine les plus profondes lésions, ce qui ne peut faire préconiser ce traitement. (*Berl. Klin. Wochens.*, nos 21 et 44, 1877.)

Paralysies saturnines. *Courants continus.* Sans être absolument nouvelle, cette application de l'électricité au saturnisme a eu lieu récemment en Italie avec plus de précision par le professeur Semmola, de Naples. Se fondant sur la propriété qu'ont les courants continus d'activer les changements nutritifs de l'organisme, il a pensé déterminer par là un mouvement de désassimilation et d'élimination du plomb dans les empoisonnements chroniques et en obtenir ainsi la guérison radicale.

Les résultats obtenus dans plusieurs cas de paralysie saturnine de son service des Incurables ont parfaitement confirmé les prévisions de l'auteur. A l'aide de la batterie de Wollaston à huit éléments, il applique le pôle positif sur la langue du malade, au moyen d'un excitant humide, et le pôle négatif sur l'épigastre, au moyen d'une plaque de cuivre. Les malades supportent ordinairement cette application sans douleur. Elle est faite le matin à jeun. Sa durée, de dix minutes au début, peut aller graduellement jusqu'à quarante, avec quelques minutes de repos dans l'intervalle.

Dès le deuxième ou troisième jour, on rencontre des traces manifestes de plomb dans l'urine, qui n'en contenait pas au-

paravant. Quinze à vingt jours après disparaît le liseré bleuâtre des gencives, et les phénomènes paralytiques, la contraction et la nutrition des muscles s'améliorent, à mesure que le plomb s'élimine; ainsi s'opère la reconstitution générale de l'organisme. (*Ann. clinici degli incurabili di Napoli*, 1877.)

Cette importante découverte mérite certainement de fixer l'attention, car elle peut servir, dans les cas obscurs, à déceler la présence du plomb dans l'organisme. Mais, quand l'empoisonnement est évident par le liseré des gencives et les autres commémoratifs, il est encore préférable, selon nous, de recourir aux bains sulfureux et à l'iodure de potassium pour neutraliser et éliminer le plomb.

Paraplégie syphilitique. Voy. SYPHILIS.

Paralysie glosso-labiée cérébrale. Ce n'est plus exclusivement dans le bulbe qu'en est le siège anatomique, comme on l'avait fixé tout d'abord. A mesure que les observations se multiplient, d'autres lésions sont rencontrées. Dès 1837, Magnus avait bien constaté une lésion superficielle du lobe moyen de l'hémisphère droit; mais, en raison même de son étrangeté, ce fait était contesté. A l'occasion d'un fait analogue observé par lui, M. Lépine vient d'en élucider, d'en confirmer l'exactitude, en rapportant à l'appui deux observations inédites suivies d'autopsie. La première, recueillie dans le service de M. Charcot, présente un tableau symptomatique complet des lésions bulbaires à foyer limité, et cependant on ne trouva à l'autopsie, pratiquée par le maître avec une grande attention, que des foyers ocreux bornés au corps strié et à la capsule interne de chaque côté. Le bulbe était dans une intégrité absolue.

C'est dans la queue des noyaux extra-ventriculaires des corps striés que ces foyers ocreux furent rencontrés dans la seconde observation, recueillie à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Raynaud. L'analogie est donc frappante, et, si l'on a cru remarquer ici quelque congestion du bulbe, sans altération appréciable de consistance, il est logique d'attribuer les symptômes aux lésions cérébrales.

La preuve que ces lésions de l'hémisphère cérébral sont bien la cause de cette paralysie, c'est que, à la suite d'une aphasie développée graduellement chez un caissier de

58 ans, indiquant une lésion de la circonvolution de Broca, il se manifesta une hémiplégie droite et ensuite une paralysie de la partie inférieure de la face. La bouche, largement ouverte, laisse écouler la salive. Immobilité de la langue sans atrophie. Mastication et déglutition difficiles. Les lèvres, immobiles, ne sont ni amincies ni atrophiées; on en provoque même les mouvements par un courant faradique; mais les mouvements de diduction de la mâchoire inférieure sont impossibles. Au contraire, toutes les parties supérieures de la face sont mobiles.

La lésion de l'hémisphère gauche étant prouvée par l'aphasie et l'hémiplégie droite, on comprend qu'une paralysie glosso-labiée au moins unilatérale en résulte de ce côté, car certains muscles de la langue, de la face et même de la gorge sont toujours paralysés dans l'hémiplégie par lésion de la capsule interne. Il n'y a donc rien d'extraordinaire ni de paradoxal à ce que des lésions bilatérales, comme dans la première observation, produisent le tableau trompeur d'une paralysie glosso-labiée bulbaire. Le centre des mouvements des lèvres étant fixé à la partie inférieure de la circonvolution frontale ascendante, et celui des mouvements de la langue étant très-voisin du facial, tandis que celui de l'orbiculaire des paupières est beaucoup plus en arrière, on s'explique parfaitement les altérations rencontrées.

Il est même possible de distinguer ces deux formes d'origine différente. La lésion bulbaire suppose toujours une atrophie des lèvres et de la langue quand elle résulte d'une altération systématique des cellules. Or l'absence de cette lésion, chez le dernier malade, montre qu'elle n'a pas cette cause. Bien plus, la persistance des mouvements réflexes chez ce malade prouve l'intégrité du bulbe. La parfaite symétrie de la paralysie exclut aussi une lésion en foyer de cet organe, qui se manifeste bien plutôt, comme dans celui-ci, par la lésion bilatérale des hémisphères.

La paralysie glosso-labiée peut donc reconnaître deux causes qu'il est facile de distinguer par ses symptômes. (*Rev. mensuelle de méd. et chir.*, n° 12, décembre 1877.)

Paralysie des muscles externes de l'œil. Une méthode orthopédique, basée sur le principe du mouvement passif,

est recommandée par Michel. La conjonctive est saisie avec une pince près de la cornée et à la partie correspondante de l'insertion du muscle paralysé. On lui imprime alors des mouvements, selon sa direction normale, physiologique, pendant deux minutes. Répétée tous les jours, cette manœuvre, en éliminant l'action des muscles antagonistes, a souvent un effet immédiat. Le rapprochement passif des deux extrémités du muscle paralysé augmente son pouvoir de contraction par la stimulation de ses nerfs et de sa nutrition. La douleur et l'irritation légères en résultant sont facilement calmées par des compresses d'eau froide. (*Klin. monat. für Augenheilkunde.*)

Injections de strychnine. A la dose graduelle de 2 à 7 milligrammes, pendant six semaines, Feuer en a obtenu les meilleurs effets contre une paralysie motrice de l'œil droit datant de sept ans chez un homme de 40. Il y avait strabisme divergent et dilatation de la pupille. Le mouvement en dedans, en haut et en bas, revint normal, et la vue s'améliora notablement. (*Centralbl. für Augenheilk.*, février.)

PARASITISME. Voy. Hémato-chylurie, Urines.

PECTORILOQUIE APHONE. Loin d'être un signe des épanchements séreux et le résultat des ondes sonores pulmonaires que ce liquide très-ténu aurait seul la propriété de transmettre, comme le professeur Baccelli, de Rome, l'a promulgué (V. *année* 1876), le docteur R. Tripier en fait l'accompagnement obligé du souffle respiratoire. Il l'a constatée ainsi dans les différents épanchements séreux ou purulents où du souffle existait, tandis qu'elle manquait de même dans l'un et l'autre cas lorsqu'il faisait défaut. C'est simplement parce que ce souffle se présente plus souvent dans les épanchements séreux moyens que dans les collections purulentes abondantes que cette méprise clinique a eu lieu.

Cette nouvelle interprétation est d'accord avec l'observation de M. Woillez, qui, dès 1864, signalait la voix voilée dans tous les cas de pneumonie, pleurésie, tubercules, gangrène, congestion, où le souffle se rencontre. Cette résonnance a des caractères variés suivant la cause qui produit le souffle, mais elle peut servir à en faire rechercher la coïncidence,

car ils n'existent jamais l'un sans l'autre ; ils sont inséparables. L'explication de ce phénomène doit donc être cherchée dans les conditions mêmes qui produisent le souffle, c'est-à-dire la condensation ou la compression du poumon sans obstruction des bronches. Les épanchements enkystés ou accompagnés d'adhérences pleurales limitant la respiration peuvent encore empêcher le souffle et la pectoriloquie aphone. Ce dernier signe n'a donc qu'une valeur très-relative dans le diagnostic des épanchements et n'en a guère sur leur nature. (*Lyon méd.*, n° 18.)

PÉRIOSTITE. L'étude anatomique de l'enveloppe des os aussi bien que l'analyse des différentes manifestations morbides qu'elle revêt en ont fait distinguer le siège et les symptômes. De là des espèces diverses, dont le pronostic et le traitement varient suivant leurs formes.

Périostite externe. L'extrême gravité de la périostite profonde diffuse et l'urgence de recourir hâtivement à des mesures graves, comme la division prématurée des parties molles, sinon la résection de l'os, ont conduit M. Duplay à distinguer une forme moins grave et n'exigeant pas ces moyens extrêmes. C'est l'inflammation aiguë ou chronique, bornée aux lames externes du périoste, sans lésion primitive de l'os sous-jacent. Des abcès peuvent même s'ensuivre sans dénudation osseuse. Elle est donc beaucoup moins grave et dangereuse que l'autre, et il importe essentiellement de l'en distinguer.

Après les symptômes ordinaires des phlegmasies profondes des membres, notamment le long du fémur, du tibia, du péroné, du cubitus, chez ces sujets jeunes, surmenés ou affaiblis par de mauvaises conditions hygiéniques ou des maladies antérieures, une collection purulente se manifeste. A l'intensité des symptômes, on peut croire à une ostéite suppurée, et on l'ouvre. Mais on peut s'assurer alors, par le toucher, que l'os, au lieu d'être dénudé, est recouvert au contraire d'une membrane fongueuse constituée par le périoste épaissi, et que, au delà de la collection, il n'est pas augmenté de volume. On peut ainsi être rassuré, car ces abcès périostiques, bien que longs à se tarir, en raison de l'état général des sujets, se cicatrisent parfaitement.

A l'état chronique, cette périostite, déjà signalée, a pour siège de prédilection les os de la main et du pied, les côtes et le sternum chez les sujets lymphatiques et scrofuleux. Elle débute lentement, presque sans douleur, et une collection liquide, adhérente à l'os sous-jacent, comme si elle en provenait, se forme. De là l'urgence de les ouvrir de bonne heure. (*Congrès de Genève*, 1877.)

Ne convient-il pas de rattacher à cette espèce la *périostite dite albumineuse*, signalée par M. Ollier et ainsi appelée par M. Poncet? Un exemple observé par M. Terrier, chez une jeune fille présentant à la partie inférieure du fémur une collection liquide qui offrait tous les caractères d'un abcès du périoste, tend à le montrer. Une ponction avec le bistouri donna issue à un peu de liquide clair et filant. Une aspiration faite quelques jours après en donna 100 grammes environ, et l'incision consécutive, suivie du drainage, une grande quantité. Or, dans deux cas de tumeurs blanches, M. Lannelongue observa, un peu au-dessous de l'articulation malade, une tumeur fluctuante et circonscrite, contenant un liquide analogue et qui, examiné après l'amputation du membre, était renfermé dans une sorte de kyste développé dans les couches superficielles du périoste. C'est donc bien là une périostite externe, qui doit être distinguée avec soin des collections purulentes profondes. (*Soc. de chirurg.*)

Périostite phlegmoneuse rhumatismale. Voy. RHUMATISME.

PÉRITONITE. L'immobilisation et la paralysie du diaphragme en indiquent la généralisation, suivant M. Laroyenne. Ce signe, d'une grande importance pronostique, se présente sous deux formes. Dans l'une, le diaphragme reste simplement immobile dans les deux temps de la respiration; dans l'autre, il n'est pas immobile, mais il s'élève au lieu de s'abaisser dans l'inspiration, et l'inverse se produit dans l'expiration. Tant que la main, appliquée sur l'épigastre et le déprimant, est soulevée pendant l'inspiration, il n'y a pas de péritonite généralisée. (*Lyon méd.*, 1877.)

Sa chronicité d'emblée est démontrée par 20 observations recueillies et collectées par le docteur Tapret dans sa thèse inaugurale. Elle est ainsi l'occasion de graves erreurs, en

simulant des affections toutes différentes, comme la cirrhose. D'autres fois, les lésions de la séreuse font échapper les organes abdominaux à l'exploration. On ne peut donc la reconnaître que par un examen minutieux et persévérant. De là l'utilité de la signaler et de l'étudier. (*Étude clinique sur la péritonite chronique d'emblée;* in-8° de 200 pages; Paris.)

Péritonite intra-utérine. De même que l'ascite s'est rencontrée chez le nouveau-né comme une cause de dystocie, l'abdomen était tellement volumineux et dur chez un enfant du sexe masculin, né à terme, que l'accouchement en fut arrêté après l'expulsion de la tête et ne put se terminer qu'à l'aide de tractions avec l'index recourbé en crochet sous l'aisselle. La respiration s'établit difficilement, et, malgré une miction abondante, sans déjection alvine, des vomissements stercoraux survinrent, et la mort arriva le cinquième jour.

L'autopsie montra à M. Mac Callum des adhérences telles de la paroi abdominale avec le gros intestin et une partie de l'intestin grêle, qu'il fut impossible de les séparer. On retira cinquante-six centimètres cubes de matières épaisses et visqueuses. Le gros intestin était distendu par places, et le cœcum formait une poche énorme à parois épaissies, d'un noir foncé à l'intérieur. Le mésentère était considérablement grossi et congestionné. A quinze ou vingt centimètres de la valvule iléo-cœcale, une forte bride inflammatoire croisait l'intestin grêle et déterminait un rétrécissement infranchissable qui avait amené la torsion de l'intestin sur lui-même.

C'est donc par rétrécissement que la mort est survenue, et il faut se demander si cette bride n'a pas été la cause primitive de tous les accidents. La mère n'avait rien éprouvé d'anormal pendant sa grossesse, et la syphilis était hors de cause. (*Obstetr. Soc. of London*, vol. XVIII.)

Péritonite par propagation. V. Blennorrhagie, Phlegmons péri-vésicaux.

PHLEGMONS. L'apparition du *phlegmon bronzé*, chez les blessés, indique un état constitutionnel grave préexis-

tant et entraîne un pronostic fatal. Cette loi, émise par M. Verneuil, repose sur deux observations. La première est un homme de 59 ans qui, ayant fait une chute sur le côté gauche, ne présentait le surlendemain que les traces d'une contusion de la face externe du bras gauche. Néanmoins, il est pris, le lendemain, de refroidissement, cyanose, pouls filiforme, dyspnée, respiration irrégulière, puis coma et mort à cinq heures du soir. Une coloration bronzée existait sur toute la partie contuse du bras, et une incision *post mortem* décela une nappe de pus entre la peau et l'aponévrose.

Le cathétérisme donna aussi soixante grammes d'une urine trouble, déposant un abondant précipité albumineux. L'autopsie montra, en effet, l'intégrité de tous les viscères, moins les deux reins, qui portaient les traces d'une néphrite parenchymateuse ancienne. Le malade avait été soigné auparavant pour une affection des voies urinaires.

Le second cas, presque identique, a été observé par M. Terrier, à Bicêtre, sur un marinier alcoolique de 50 ans. Renversé par une corde en frappant la partie inféro-externe de la jambe droite, il a une fracture du péroné qui vient saillir sur le cou-de-pied avec une plaie de dix centimètres de long, ecchymosée et déchiquetée, laissant voir les tendons des péroniers. Coloration bronzée des téguments, dès le lendemain, malgré la réduction.

Deux jours après, la gangrène s'empare des parties lésées; il y a du sucre et de l'albumine dans les urines. Amputation de la jambe, cinq jours après. L'état général s'améliore à la suite pendant huit jours ; mais le refroidissement se manifeste, le neuvième, avec spasme œsophagien, coma, et la mort arrive aussitôt; l'autopsie n'a pu être faite. (*Revue mens. de méd. et chir.*, juillet, n° 7.)

Phlegmon sous-péritonéal. *Diagnostic différentiel avec la péritonite suppurée.* Il est toujours difficile de distinguer ces deux affections, surtout depuis que la péritonite aiguë, généralisée, purulente, est reconnue curable, comme le phlegmon, et que cette heureuse issue ne peut plus être invoquée comme le caractère distinctif de celui-ci. La nouvelle complication de tympanisme généralisé dans le phlegmon, récemment observée par M. J. Besnier, vient encore augmenter la difficulté, en joignant aux nausées, vomissements, constipa-

tion, communs aux deux affections, la douleur générale et superficielle du ventre avec ballonnement, sonorité exagérée, regardés jusqu'ici comme spéciaux à la péritonite aiguë et généralisée et qui masquent ainsi la matité localisée du phlegmon. De là l'intérêt de cette observation.

Un jeune homme de 15 ans, atteint de diarrhée depuis plusieurs mois, est pris subitement de vomissements avec douleurs de ventre, arrêt des selles qui fait croire à une obstruction intestinale. Puis la diarrhée reparaît, avec fièvre, toux, agitation, pouls dicrote, ventre ballonné uniformément, douloureux, surtout dans la fosse iliaque gauche, puis gargouillements qui changent ce diagnostic en celui de fièvre typhoïde.

Mais, après ces huit premiers jours d'incertitude, le mal se dessine plus franchement. Le malade accuse des envies fréquentes d'uriner avec douleurs paroxystiques dans le testicule gauche, rétracté, sans douleur ni gonflement. Le ventre est de plus en plus ballonné uniformément et douloureux, et le malade, couché sur le dos, a les membres inférieurs repliés sur le ventre, les pieds appuyés à plat sur le lit, position spéciale notée par Duparcque chez les enfants atteints de péritonite.

On pouvait croire à cette affection, si ce n'eût été la fièvre avec un pouls dicrote et parfaitement frappé. Pendant quinze jours, en effet, les mêmes accidents persistent et augmentent, et le tympanisme est tel, du petit bassin au diaphragme, et latéralement jusqu'à la colonne vertébrale, que l'asphyxie paraît imminente; mais le ventre est ballonné uniformément et sonore comme une peau de tambour, sans aucun relief des anses intestinales. Dans la région sus-ombilicale surtout, en percutant par chiquenaudes latéralement, comme dans l'ascite, un véritable flot gazeux est transmis d'un côté à l'autre en se perdant au niveau de l'ombilic. Sonorité sans empâtement au-dessous.

C'est dans ces conditions que les selles diarrhéiques contiennent subitement du pus, dont un vase de nuit est rempli. Le ventre cependant n'en est pas diminué; il augmente. La présence d'une collection purulente dans l'hypogastre étant évidente et les accidents d'asphyxie de plus en plus menaçants, une ponction est pratiquée par le docteur Lannelongue sur un point déclive de la région sus-ombilicale, entre le

flanc et l'hypochondre droit, où se trouve le point le plus saillant et le plus sonore. Le trocart, enfoncé d'avant en arrière, pénètre jusqu'à cinq à six centimètres sans résistance, et il s'échappe aussitôt, par un jet continu, une quantité énorme de gaz infects et nauséabonds, mais sans odeur fécaloïde, et le ventre s'affaisse proportionnellement. Du pus verdâtre s'écoule ensuite par la pression sur le ventre, sans traces de matières fécales.

Le tympanisme n'était donc pas intestinal, mais péritonéal, c'est-à-dire dû à un épanchement gazeux dans le foyer purulent, par exosmose intestinale. La sortie du pus par la canule, laissée à demeure, sa projection dans les efforts de toux et sa sortie par des pressions exercées sur toute l'étendue de l'abdomen, des injections détersives, phéniquées et alcoolisées, iodurées même, pendant plus de six semaines, donnent à cette interprétation une démonstration évidente.

Mais, en diminuant graduellement, ce foyer se localisa à son siège primitif, sans doute dans la fosse iliaque gauche, et contribuait ainsi à donner du pus par le trajet fistuleux opposé, ce qui entretenait la fièvre, l'inappétence et une maigreur extrême. Une contre-ouverture fut dès lors pratiquée pour le tarir. Un long trocart courbe fut introduit par le trajet fistuleux et dirigé ainsi de haut en bas et de droite à gauche; il vint sortir à la partie moyenne de la fosse iliaque gauche en traversant la poche purulente et la paroi abdominale. Un écoulement abondant de pus eut lieu par les deux ouvertures; un drain remplaça le trocart, et ainsi se tarit ce phlegmon sous-péritonéal. Trois mois et demi après son entrée, le malade sortait de l'infirmerie parfaitement guéri, et, après un séjour de deux mois dans sa famille, il rentrait au collège en très-bonne santé.

Ce n'est pas là sans doute la marche habituelle ni la forme symptomatique ordinaire du phlegmon péritonéal, surtout chez les enfants. On pourrait d'autant mieux le confondre avec la péritonite généralisée et suppurée, dans ce cas, que tous les symptômes étaient les mêmes et qu'elle est plus fréquente chez les enfants que le phlegmon. L'étendue considérable de la poche purulente, l'absence d'empâtement, de tumeur, de matité, d'adhérence ou d'œdème à la peau, de fluctuation, sont même l'infirmation de celui-ci. Mais comment admettre une péritonite aussi généralisée

avec un pouls dicrote, et sans la face grippée et le refroidissement des extrémités? L'absence de ces symptômes caractéristiques a suffi au professeur Sée pour la rejeter. Le début des douleurs à la région hypogastrique et à la fosse iliaque gauche avec submatité et rénitence, la dysurie et la douleur testiculaire de ce côté sont, au contraire, d'une grande valeur pour diagnostiquer le phlegmon. La marche des accidents est moins lente dans la péritonite idiopathique et dans le cas de purulence; l'ouverture spontanée au niveau de l'ombilic ne tarde pas à se faire. Sur 25 cas collectés par le docteur Gaudron dans sa thèse de 1876, cette ouverture eut lieu 9 fois, dont 6 avec guérison. C'est donc une preuve que l'épanchement gazeux a déterminé cette symptomatologie exceptionnelle. L'écoulement du pus par le rectum tend même à localiser ce phlegmon autour de la vessie, comme il se montre le plus souvent, ainsi qu'on le verra plus loin. (*Archiv. de méd.*, septembre.)

Un fait récent observé par M. Duplay à l'hôpital Saint-Louis, chez un homme de 65 ans, montre même le mécanisme de l'épanchement gazeux. Au lieu du gonflement uniforme, la tension et la rénitence avec matité de la région hypogastrique, très-douloureuse à la pression, mince, superficielle et qui s'étendait à toute la région sous-ombilicale à l'entrée, on trouva, les jours suivants, une sonorité exagérée et même un bruit hydro-aérique très-marqué. L'autopsie montra à la place une vaste cavité anfractueuse, contenant des gaz infects et du liquide brunâtre foncé en petite quantité. Le péritoine était décollé de chaque côté, depuis la fosse iliaque jusqu'au diaphragme et au bas-fond de la vessie, qui présentait une perforation. (Voy. Prostate, 1877.)

Quant à l'épanchement gazeux, M. Besnier explique ici sa formation par exosmose intestinale, d'après des raisons qui, pour être probantes, méritent d'être vérifiées et confirmées par des faits subséquents avant d'admettre cette nouvelle étiologie. Voy. Epanchement gazeux.

Phlegmon péri-vésical. Ainsi localisé, ce phlegmon, très-rare, a dû être longtemps méconnu, à cause de l'obscurité de son siège, et confondu avec les autres phlegmons ou abcès hypogastriques, sinon avec la péritonite. Son siège était impossible à fixer avant les investigations anatomiques

de Retzius sur les culs-de-sac que le péritoine forme autour de la vessie et leurs rapports étroits, leur réunion sous son plancher, son bas-fond par la gaîne aponévrotique des muscles grands droits et la trame celluleuse qui l'environne. Dans ces espaces étroits, limités et souvent imperceptibles à l'état normal, il suffit de la plus légère cause, directe ou environnante, comme un trouble vésical, des excès génésiques, pour que l'irritation, la phlegmasie se développe et se généralise. Quelques cas mortels ont été nécessaires pour démontrer ce siège. Velpeau parle ainsi, dans son *Anatomie chirurgicale*, du passage du pus d'un abcès de la gaîne du muscle droit dans le tissu cellulaire de la vessie et de l'apparition d'un abcès sous-péritonéal du bassin à l'hypogastre. De là la description des phlegmons profonds de la paroi abdominale, dans lesquels on peut en distinguer plusieurs de cette région. M. C. Paul a décrit ainsi, dans le *Bulletin anatomique* de 1862, un phlegmon péri-vésical, observé à Necker, qui fut ouvert et guérit. D'autres se sont ouverts spontanément, comme celui de Velpeau, dans la vessie. Mais il fallait des exemples cliniques plus précis pour bien limiter le siège dans le tissu cellulaire qui entoure la vessie.

Tel est le cas observé par M. Vallin, du Val-de-Grâce, sur un étudiant de 25 ans qui, sans autre cause qu'une *noce* et une violente indigestion consécutive, le 23 mai 1877, fut pris d'accidents généraux qui se localisèrent à l'hypogastre dès le lendemain. Mictions fréquentes, difficiles et douloureuses; urine claire et limpide. Selles rares et pénibles. Le ténesme vésical fait reconnaître une tuméfaction, une distension de la région sous-pubienne. Deux cathétérismes n'amènent cependant qu'un peu d'urine normale. M. Guyon diagnostique dès lors un phlegmon du petit bassin. Application permanente de glace.

Dès le lendemain, la fièvre, les vomissements et les douleurs abdominales ont diminué. La physionomie est ouverte, exempte du masque grippé de la péritonite. Et cependant la région hypogastrique est sourdement douloureuse à la pression, avec angoisse et nausées. Une légère tuméfaction s'élève de sept à huit centimètres au-dessus du pubis et dépasse la ligne blanche de trois à quatre centimètres à droite et de dix à gauche, formant ainsi une tumeur ovoïde, mal limitée, sorte d'empâtement diffus faisant corps avec la

paroi abdominale. Coloration normale de la peau sans fluctuation ni œdème, matité complète, urine limpide. Diarrhée; les matières s'échappent involontairement par le relâchement du sphincter. Prostate normale; mais on perçoit en arrière une tumeur très-tendue, lisse, arrondie, correspondant à la face inférieure et latérale de la vessie. En la soulevant avec l'index, l'ébranlement en est transmis à la main placée sur l'hypogastre.

L'application de douze sangsues, l'immobilité et la diète amenèrent une grande diminution de la tumeur. Des lavements frais redonnent la tonicité au sphincter, et, malgré cet appareil effrayant, tous les accidents locaux et généraux avaient disparu le 1er juillet.

Voici donc, en résumé, la symptomatologie du phlegmon péri-vésical. Au milieu d'une santé parfaite, sans autre cause appréciable que des troubles digestifs, apparition brusque de la fièvre, avec douleur abdominale, vomissement et développement d'une tumeur sus-pubienne simulant une vessie distendue, que le cathétérisme ne modifie pas. Le toucher rectal révèle également une tumeur volumineuse à la face inféro-postérieure de la vessie et qui disparaît par résolution en un mois, en même temps que la tuméfaction hypogastrique. (*Union méd.*, nº 150, 1877.)

A la précision pathognomonique de ce tableau symptomatique, exposé devant la Société médicale des hôpitaux le 26 octobre 1877, plusieurs membres se sont aussitôt rappelé des cas semblables. M. Laveran en a relaté un, observé au Val-de-Grâce chez un réserviste de 27 ans, entré le 2 septembre 1877. La face était grippée, les extrémités froides, le pouls petit et fréquent, avec de vives douleurs dans l'abdomen. On comprend qu'il y ait ainsi apparence de péritonite au début; mais bientôt l'hypogastre se bombe, la vessie est comme distendue, et cependant elle se vide bien et l'on n'y trouve pas d'urine. Et, avec un traitement local approprié, cette tumeur et tous les accidents disparaissent graduellement.

M. Fernet en a aussi vu un exemple récent à l'hôpital Saint-Antoine sur un garçon de 18 ans qui se plaignait d'une douleur vive à l'hypogastre avec tuméfaction douloureuse de cette région. On crut aussi à une vessie distendue; mais le cathétérisme ne donna rien. Une fluctuation assez

nette était même perçue dans le rectum. Néanmoins ce phlegmon se résout en trois semaines, sous l'influence des antiphlogistiques. (*Idem*, n° 152.)

La publication de ces faits a provoqué la relation de plusieurs autres, de la part des spécialistes surtout. Le docteur Reliquet en a observé quatre, dont le premier seul, vu et traité énergiquement par les antiphlogistiques dès le début, s'est terminé par résolution, comme les précédents. C'était chez un garçon de 28 à 29 ans, atteint d'une hypersécrétion uréthrale qui devenait purulente à la suite d'excès vénériens, avec irritation de la région profonde de l'urèthre et douleur en urinant.

A la suite d'un de ces excès, il est pris de besoins fréquents et douloureux d'uriner. La vésicule séminale droite est gonflée et douloureuse au toucher, puis une péritonite localisée se développe avec frottement péritonéal au-dessus de l'arcade crurale droite et empâtement profond; douleur spontanée fixe dans le canal inguinal, exaspérée par le toucher, et grossissement consécutif du cordon. L'épididyme se prend, et un épanchement y succède dans la tunique vaginale.

Tous ces accidents suraigus, développés dans l'espace de six jours, malgré l'emploi répété de sangsues, de grands lavements et de cataplasmes mous *intus et extra*, des frictions mercurielles et la ponction de la vaginale, ne se sont pas terminés par suppuration que grâce à leur emploi dès le début du mal.

La preuve en est dans les trois faits suivants, où, appelé en consultation plusieurs jours après le début des accidents, M. Reliquet ne put constater derrière la prostate qu'une tuméfaction très-sensible au toucher avec envie intense d'uriner, malgré la vacuité de la vessie. L'issue du pus par l'anus, les jours suivants, indiquait assez la nature du mal. Une tuméfaction inguinale, correspondant avec l'ouverture anale, le confirma même dans un cas.

Tout le succès consiste donc à diagnostiquer ces phlegmons péri-vésicaux dès le début des accidents. Des envies fréquentes et douloureuses d'uriner sans résultat, avec ténesme local extrêmement douloureux au passage des matières fécales et s'irradiant vers la vessie et l'urèthre, en sont les premiers signes. Le toucher rectal très-douloureux les confirme ordinairement par le gonflement des vési-

cules séminales ou la tuméfaction phlegmoneuse au delà de la prostate. Il faut dès lors appliquer les antiphlogistiques topiquement et sans relâche, notamment les grands lavements avec un irrigateur spécial du rectum, et l'introduction de cataplasmes sur le siège du mal, jusqu'à la disparition des douleurs ou du pus dans les selles.

Un abcès phlegmoneux rétro-vésical a aussi été observé par M. de Beauvais chez un vieillard ayant de fréquents troubles urinaires par suite de l'irritabilité de sa vessie. Le diagnostic n'ayant pas été porté au début, malgré le ténesme vésical et rectal et l'issue d'urines mêlées de pus et de sang, une néphro-cystite s'ensuivit, avec des accidents d'infection purulente, pendant deux mois environ, qui mirent la vie du malade en danger, et ce n'est que par l'évacuation abondante d'un pus phlegmoneux par le rectum que la guérison eut lieu.

De même chez un autre vieillard qui éprouva les accidents aigus du début à Vittel. Quinze jours après, M. Reliquet, appelé en consultation, constate une inflammation rectale intense, avec tuméfaction considérable au delà de la prostate, et diagnostiquée phlegmon rétro-vésical. Le malade, s'étant refusé à faire les irrigations rectales conseillées pour favoriser l'ouverture par le rectum, éprouva ensuite toute sorte d'accidents et une perforation de la vessie, comme le montra le passage du sang, du pus, des matières fécales et des gaz par l'urèthre. (*Soc. de méd. de Paris*, février, et *Union méd.* nos 24, 27 et 58.)

Il est évident, par ces exemples, que le phlegmon périvésical n'est pas aussi rare qu'on le croyait, et, maintenant qu'il est mieux connu, on en trouvera bien d'autres chez les jeunes gens et les vieillards. (V. Hématocèle.) A défaut de pouvoir en obtenir la résolution, il est donc prescrit de favoriser l'ouverture de l'abcès par le rectum, en insistant sur les grands lavements répétés ou plutôt les irrigations prolongées et les cataplasmes liquides du rectum avec l'instrument spécial de M. Reliquet. C'est le seul moyen d'éviter les complications dangereuses.

Du phlegmon de la cavité péritonéale de Retzius, ou phlegmon péri-vésical, par le docteur Castaneda y Campos. In-8o, avec 4 planches coloriées et 2 gravures. Paris, 1878.

Phlegmon du ligament large. *Drainage abdomino-vaginal.* Une négresse de 25 ans ne se rétablissait pas de son dernier accouchement en 1876. Des douleurs continuelles dans le bas-ventre et les lombes la conduisaient depuis d'hôpital en hôpital, lorsqu'elle entra à Beaujon, le 10 août 1877, avec tous les symptômes d'un phlegmon latéro-utérin gauche. La purulence des urines indiqua bientôt qu'il s'était ouvert dans la vessie. Néanmoins le ventre continua d'augmenter, surtout en bas, et la fluctuation devint sensible dans l'excavation pelvienne et au-dessus de la symphyse. Une ponction avec le trocart aspirateur amena l'issue d'une certaine quantité de pus. Une incision de quatre centimètres, à quatre travers de doigt au-dessus du pubis, donna alors issue à un litre de pus crémeux, bien lié, sans fétidité. Des injections chloralées sont faites chaque jour dans le foyer, mais les symptômes généraux persistent, la température s'élève à 41°. Le pus s'écoulant mal, M. Gillette enlève la sonde à demeure, et, introduisant à sa place le grand trocart courbe de Chassaignac, il le dirige profondément et à gauche, et, sentant son extrémité avec l'index de la main gauche placé au fond du vagin, il n'a qu'à pousser le manche pour faire saillir la pointe dans le vagin. Un drain est passé dans la canule, et le pus et les liquides injectés peuvent alors sortir librement.

Ce drainage abdomino-vaginal est pratiqué le 8 octobre, et, le 10 novembre, toute suppuration avait cessé. Le drain est enlevé, et les règles reparaissent le 15. Un mois après, l'opérée, guérie, quittait l'hôpital pour le Vésinet. (*Soc. de chir.* février.)

Cette conduite hardie, ayant eu des suites si favorables, mérite d'être prise en considération dans le traitement des foyers purulents du bassin.

PHTHISIE. *Hyperthermie locale.* C'est là, pour M. Peter, un moyen très-précis de résoudre le redoutable problème du diagnostic de la tuberculose à son début. Il se base sur ce fait que, dès qu'il se développe des tubercules sur un point, la température locale s'y élève. De 35°,8 à 36° qu'est la température normale moyenne de la cage thoracique dans le deuxième espace intercostal, elle s'élève de deux, trois et jusqu'à huit dixièmes du côté malade. Cette disparité dans

la température locale des deux sommets thoraciques est un des signes les plus probants d'une lésion locale, surtout si elle coïncide avec l'intensité des phénomènes morbides locaux. Elle s'est même élevée jusqu'à 38° dans la forme bronchitique, alors que la température générale était de 38°,8. Elle s'est élevée à 39°,6 dans trois cas de tuberculisation à forme caséeuse, alors que la moyenne générale était de 40°,4. Dans l'une et l'autre forme, elle s'élève donc plus localement que dans le reste de l'organisme.

D'où la preuve physique et clinique que le processus tuberculeux fait la fièvre et non pas celle-ci le tubercule, comme on l'a suggéré, et que le tubercule n'est pas un produit de l'inflammation, mais que celle-ci est un résultat possible du tubercule.

Et, comme l'hyperthermie ne peut se concevoir sans une hyperémie concomitante et génératrice du tubercule, le traitement emprunte à cette démonstration physique des indications positives : c'est de modifier l'hyperémie encore localisée au début pour l'empêcher de s'étendre et de rayonner. De là l'utilité de la révulsion par la cautérisation, les vésications, le badigeonnage iodé. (*Acad. de méd.*, 10 septembre.)

Des observations semblables, faites antérieurement par le docteur Vidal sur les phthisiques de l'hôpital d'Hyères, à l'aide d'un thermomètre spécial, dont la cuvette, aplatie et coudée sur le tube ou la tige, permet de l'appliquer sous la clavicule ou les espaces intercostaux sans découvrir les malades, ont donné des résultats analogues. Une augmentation de la température de la peau, correspondant à des noyaux tuberculeux, a été ainsi observée dès que ceux-ci entrent en évolution. Elle s'est élevée jusqu'à 2° au-dessus de celle de l'aisselle, et il est possible de dessiner exactement ainsi le foyer tuberculeux, car la température diminue graduellement à mesure que le thermomètre s'en éloigne, pour redevenir normale à quatre à cinq centimètres de distance. L'accélération du pouls, la fièvre, la sécheresse locale de la peau s'allient toujours à cette hyperthermie locale. On la constate aussi dans l'hémoptysie initiale, active, prodromique sur le foyer congestif, moins forte et élevée que dans la congestion sèche. Elle est donc en rapport avec l'abondance de l'hémorrhagie, ce qui tend à prouver qu'elle est moins pro-

duite par l'afflux du sang que par la difficulté de son passage à travers les capillaires. (*Idem*, 17 septembre.)

On se demande la valeur de ces données, car, la peau n'étant pas en rapport immédiat avec le foyer tuberculeux, comment peut-elle en traduire exactement le degré de température à travers les deux plèvres et les exsudats qui les séparent? Tous ces tissus sont-ils si bons conducteurs du calorique ? N'y a-t-il pas, dans la durée de l'application du thermomètre et les précautions prises, de raisons pour augmenter la température normale ? On sait que la sueur locale suffit à cet effet, et l'on a constaté des oscillations de la température périphérique avec la température centrale. La paume des mains traduit ainsi une température égale à celle de l'aisselle dans la plupart des maladies fébriles et surtout la tuberculose à marche rapide. Les deux degrés d'augmentation signalés par M. Vidal ne sont-ils pas dus à une cause semblable ? Il s'agit donc de vérifier, dit M. Lereboullet, si cette élévation locale ne coïncide pas avec celle des extrémités, car elle perdrait beaucoup de sa valeur symptomatique. (*Gaz. hebdomad.*, n° 38.) — V. Température.

Hémoptysies primitives. Voy. Hémorrhagies.

Percussion douloureuse. Constatée par tous les praticiens dans quelques cas exceptionnels, elle n'avait pas été signalée explicitement jusqu'ici par les auteurs classiques. Trousseau, Grisolle, Jaccoud, Guéneau de Mussy n'en parlent pas, et Beau l'attribue à une névrite de la plèvre par propagation de l'inflammation.

Au contraire, M. Rendu l'a constatée 22 ou 23 fois chez les 25 phthisiques qui font le sujet de ses recherches sur la valeur nutritive de l'huile de foie de morue, relatées plus loin. A moins d'être le résultat d'un mode particulier de percussion, ce signe pourrait donc être d'une certaine utilité séméiologique, car l'auteur l'attribue à la transmission directe du choc à la partie malade. Elle pourrait ainsi fixer le siège et l'étendue de la lésion pulmonaire avant tout autre examen stéthoscopique. A la simple douleur provoquée par la percussion et sans consultation préalable, on peut savoir quelle est la partie atteinte. C'est à vérifier. (*Lyon méd.*, n° 18.)

Contagiosité. De nouvelles expériences contradictoires ont été faites à ce sujet en Allemagne pour décider si l'inhalation des particules tuberculeuses pulvérisées par la toux des phthisiques pouvait transmettre la maladie aux personnes qui restaient dans la même chambre, qui respiraient la même atmosphère qu'eux. Le docteur Tappeiner, de Meran, enferma, à cet effet, 11 chiens dans une chambre où il fit pulvériser tous les jours de l'eau tenant en suspension un gramme ou plus de crachats de phthisiques atteints de cavernes. Sacrifiés après vingt-cinq à quarante-cinq jours de cette expérience, tous ces animaux, à une seule exception près, présentèrent des tubercules miliaires dans les deux poumons et s'étendant chez quelques-uns aux reins, au foie et à la rate et dont l'examen microscopique confirma la nature.

L'expérience paraissait donc parfaitement affirmative et la question d'autant mieux résolue que les chiens sont rarement atteints de tuberculose spontanée, contrairement aux lapins. Il s'agissait cependant d'avoir des témoins que l'on aurait laissés survivre, pour savoir ce qu'il en serait de leur affection, d'autant plus qu'aucun de ces chiens ne paraissait malade ni amaigri lorsqu'on les sacrifia. Il s'agissait donc de vérifier si, comme l'a observé le docteur Metzquer sur le chat, ces granulations, en apparence tuberculeuses, se résolvent et disparaissent à la longue sans infecter l'économie.

Mais l'expérience est trompeuse : *Experientia fallax.* On ne le sait que trop, depuis que l'on en fait tant, surtout sur ce sujet, depuis les célèbres inoculations de M. Villemin aux lapins. C'est ainsi qu'en mêlant à la nourriture de deux chiens quinze grammes de crachats tuberculeux par jour, M. Tappeiner a rencontré, six semaines après, chez ces chiens, de Munich, des tuberculisations miliaires dans les poumons et dans les intestins, tandis que six chiens nourris de même à Meran ne présentèrent rien de semblable. C'était déjà une grave exception, qui s'est également montrée dans les expériences de M. Colin, d'Alfort.

Mais voici une contradiction bien plus décisive. Le docteur Max Shottelinus a répété les premières expériences d'inhalation, non-seulement avec les crachats de phthisiques, mais aussi ceux de personnes atteintes de simple bronchite, et

avec du fromage, de la cervelle, du cinabre réduits en poudre. Or, avec tous ces différents corps, il trouva également, à l'autopsie, des tubercules dans les poumons, dans tous les cas, autant avec les crachats bronchiques qu'avec les crachats tuberculeux, moins avec le fromage, moins encore avec la cervelle. Le cinabre n'avait produit que des granulations blanchâtres, pigmentaires au centre, et un dépôt interstitiel sans aucune réaction inflammatoire. Il était donc impossible de voir là aucune action spécifique. Ces résultats étaient les mêmes que ceux obtenus avec les inoculations comparatives de matières étrangères.

L'inhalation faite avec de la cervelle de veau dans deux cas par Tappeiner n'a amené aucun résultat, il est vrai ; mais les contradictions de ces nouvelles expériences montrent assez qu'il n'y a pas plus à attendre rien de précis, quant à la contagion, de ces inhalations que des inoculations précédentes. (*Virchow Archiv*, octobre.)

Ralentissement chez les hystériques. La marche de la phthisie peut être modifiée, ralentie ou accélérée par d'autres manifestations morbides. M. Leudet a remarqué ainsi qu'elle marche plus lentement chez les femmes hystériques. C'est donc une observation à faire pour le pronostic. (*Congrès du Havre*, 1877.)

Vomissements. Bien que produits par diverses causes, la toux, l'engorgement ganglionnaire, sinon la gastrite tuberculeuse, et relevant ainsi d'indications thérapeutiques variées et différentes, ils sont le plus souvent d'ordre réflexe. C'est pourquoi l'éther et en particulier le sirop réussissent le plus souvent à les empêcher, à les prévenir.

Mort subite par désintégration de la fibre musculaire du cœur. Une jeune phthisique de 15 ans meurt subitement le 13 juin à l'hôpital de la Croix-Rousse, un mois après son entrée, alors que son état semblait s'améliorer et que rien ne faisait prévoir une terminaison si prompte. L'autopsie constate bien une caverne à droite et l'infiltration tuberculeuse au poumon gauche, mais sans expliquer la mort.

« Le cœur paraît sain à l'œil nu, ni diminué, ni augmenté de volume. Artères coronaires saines, sans caillots ; orifices

suffisants et non rétrécis. Gros caillot fibrineux sans adhérence dans l'oreillette droite, et caillot blanchâtre, de la grosseur d'une plume, dans le ventricule, au niveau de l'infundibulum, se prolongeant en pointe dans l'artère pulmonaire et ses divisions. »

Tous les autres organes étant sains, le docteur Vinay eût pu rapporter la mort à ces embolus déterminés par la phthisie. Mais la raison eût été trop simple. Ces lésions grossières ne comptent plus depuis le microscope. Les lambeaux du ventricule gauche furent alors durcis, préparés, teintés, et des coupes soumises à son examen montrèrent une fragmentation intense des fibres musculaires, interrompues et dissociées au niveau du *trait scalariforme d'Ebœrth*. Noyaux musculaires persistants, accumulation de leucocytes dans les fentes lymphatiques élargies. (*Lyon méd.*, n° 39.)

Et comme MM. Renaut et Landouzy ont tout récemment rencontré et décrit cette altération du myocarde dans les cas de cachexie cardiaque terminée par asystolie (voy. *ce mot*), dans la maladie de Bright et dans la cachexie tuberculeuse avec œdème, on conclut aussitôt avec assurance que c'est là la cause de la mort subite, bien que l'on n'ait constaté aucune irrégularité du cœur, ni albumine, ni œdème pendant la vie. Et voilà cependant comment, à l'avenir, il faudra tenir compte de cette altération microscopique dans la mort subite des tuberculeux !

Traitement. A défaut d'aucun agent ayant une action directe sur la tuberculose, c'est à en combattre les plus graves manifestations que le thérapeutiste doit s'appliquer. La désassimilation, l'amaigrissement en est la plus grave, et la glycérine pure ayant une action favorable sur la nutrition, en fournissant aux combustions respiratoires et en diminuant l'élimination de l'urée, a été employée avec de bons résultats à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Frémy, à la dose de cinq à dix grammes par jour, comme succédané de l'huile de foie de morue.

On peut associer la glycérine au sirop de morphine comme calmant ou au chloral, dont elle masque assez bien la saveur brûlante. Le chloral, à la dose de deux grammes, est facilement dissous à chaud dans quinze à vingt grammes de glycérine pure. On diminue ainsi les pertes de l'or-

ganisme en lui donnant d'autant plus de résistance contre la tuberculose qui le mine.

En vue de s'attaquer directement à celle-ci, M. de Boyer a associé la créosote à la glycérine de la manière suivante :

2% Créosote pure de goudron de bois.....	2	grammes.
Glycérine pure non acide.....	60	—
Sirop de groseilles.....	120	—
Essence de menthe.....	20	gouttes.

Par cuillerées à bouche dans un verre d'eau simple ou gazeuse, deux à quatre par jour. Une augmentation de poids prononcée en est ordinairement le résultat rapide. (*Progrès méd.*, janvier.)

Efficacité de l'huile de foie de morue sur la nutrition. M. J. Rendu, qui s'est fait distinguer et récompenser en apportant, comme Louis, une exactitude mathématique dans ses recherches sur le développement épidémique de la variole à Lyon, a aussi appliqué cet esprit de précision à la thérapeutique de la phthisie. Pour savoir quelle est la valeur comparative d'un régime tonique, de l'arsenic et de l'huile de foie de morue sur la nutrition des tuberculeux, il a soumis au hasard, 35 de ceux-ci, arrivés au deuxième et au troisième degré, à l'usage exclusif de l'un de ces trois médicaments pendant deux mois et demi à trois mois, en prenant tous les dix jours leur poids exact sur la bascule et le degré de leur force musculaire au dynamomètre. L'état de la température rectale, de la sueur et de la diarrhée était enregistré matin et soir. Mais 25 seulement, 10 femmes et 15 hommes, dont il cite l'observation, ont pu entrer en ligne de compte, dont voici le résultat :

Sur 8 qui ont été soumis au régime tonique, c'est-à-dire à l'expectation, 2 seulement ont augmenté de poids et gagné 1 kilo 765 grammes, tandis que les 6 autres ont perdu 15 kilos 49 gr.

11 ont pris de l'arsenic. Un seul a gagné en 98 jours un kilo 450 gr. de poids, tandis que les 10 autres ont perdu ensemble 24 kilos 390 grammes. Au contraire, sur les 6 qui ont pris de l'huile de foie de morue, 4 ont gagné 12 kilos 75 grammes, et les 2 autres ont perdu 7 kilos 134 grammes.

Sans entrer dans les calculs multipliés ni les chiffres dans lesquels se plaît manifestement l'esprit de notre auteur, qui y excelle, le total de l'actif et du passif de ces données, suivant le poids total des malades traités, et la proportion de la perte et du gain d'après les jours de traitement, etc., etc., nous remarquerons que l'expérience n'est pas absolument concluante, puisqu'elle ne porte pas sur un nombre égal de malades et dans un état analogue. S'il paraît en effet résulter de tous ces calculs et des tableaux à l'appui que l'huile de foie de morue agit le mieux sur la nutrition des phthisiques, qui dit que si 5 malades eussent été ajoutés dans cette catégorie pour former le nombre 11, égal à la catégorie précédente, toutes ces données n'eussent pas été changées ?

Cela est d'autant plus probable que l'assimilation avec l'une ou l'autre de ces médications est subordonnée à l'état de la température. Tant qu'il y a fièvre, sueurs et diarrhée, le poids diminue. Si la température moyenne se maintient autour de 38°, sans sueurs ni diarrhée, le malade peut lutter, sans diminuer notablement ; mais il ne gagne pas, quoi qu'on fasse. Ce n'est que quinze jours après que la température est revenue à l'état normal que l'augmentation du poids s'accentue. Elle est donc tout simplement un signe de l'absence de fièvre, mais nullement de l'amélioration de l'état local. Aussi n'agit-il pas du tout lorsque la lésion est considérable. (*Lyon méd.*, nos 15, 16, 17, 18 et 19.)

L'huile de foie de morue, quand elle est bien tolérée et ne détermine pas la diarrhée, notamment en été, paraît donc préférable à l'arsenic pour l'assimilation des phthisiques. Ce résultat est-il plus positif en vertu de cette accumulation de calculs et de ces chiffres que d'une bonne observation clinique ? L'avenir le dira.

Stations hivernales. Après une expérience personnelle à Alger et à Menton, le docteur Daremberg, phthisique rhumatisant, nerveux, avec accélération du pouls et chaleur, éréthique en un mot, donne la préférence à celui-ci sur l'autre, où il eut quinze hémoptysies successives. Toutes les atmosphères humides sont déplorables pour les malades comme lui. Par ses variations, le climat d'Alger est absolument interdit aux phthisiques éréthiques avancés. Il ne con-

vient qu'à ceux, assez rares, ni éréthiques ni torpides, qui peuvent prendre de l'exercice et respirer au grand air.

Tonique et calme, à température uniforme et non élevée, le climat de Menton permet aux malades de faire chaque jour un exercice gradué au grand air sans craindre de se refroidir. Ceux qui craignent le vent sont surtout protégés et peuvent faire une gymnastique pulmonaire indispensable. Ceux qui ne peuvent quitter le lit ou la chambre n'en retireront aucun profit.

Quant aux phthisiques torpides et souvent scrofuleux, les climats maritimes chauds et toniques sont surtout favorables, car c'est l'air pur, la chaleur et l'exercice qui leur conviennent. Des lésions profondes du larynx excluent pourtant le bord de la mer. Un traitement approprié avec le séjour à la campagne suffit souvent à les rétablir. On peut les envoyer partout, pourvu qu'ils ne soient pas soumis à une chaleur ni à une humidité excessives. Ils sont plus faciles à diriger que les éréthiques, qui réagissent à la moindre circonstance atmosphérique. (*Soc. de biol.*, juin.)

Phthisie capsulaire. C'est la tuberculisation des capsules surrénales. Au lieu de considérer cette lésion comme une simple manifestation de la diathèse tuberculeuse, qui coïncide si fréquemment avec la maladie bronzée ou d'Addison, le professeur A. Fabre en fait une espèce morbide distincte, qu'il compare anatomiquement et cliniquement avec la phthisie pulmonaire et la phthisie rénale. Trois observations personnelles lui servent de base, et, aidé de son chef de clinique, M. Garcin, il a vu la mélanodermie, accompagnée d'un groupe de symptômes spéciaux qu'il rattache à l'inflammation caséeuse des capsules surrénales, précéder et contre-balancer les autres manifestations de la tuberculose. De là la nouvelle espèce de phthisie qu'il cherche à introduire dans la nosologie.

Voyons d'abord les faits. Deux jeunes Italiens entrent dans sa clinique avec abattement profond, chaleur de la peau et stupeur marquée qui fait penser à la fièvre typhoïde. Mais bientôt se montrent les signes physiques de la tuberculose pulmonaire. Une adynamie profonde, des vomissements incoercibles avec algidité prédominaient chez le premier, lorsque, huit jours avant la mort, la coloration basanée du

visage passe à une teinte brune très-prononcée qui, s'accentuant sous forme de plaques et d'îlots sur le front, les deux côtés du visage, sur la poitrine et la racine des membres inférieurs, fait penser à la mélanodermie et à une lésion des capsules surrénales, constatée par l'autopsie.

Dans le second cas, au contraire, la coloration bronzée se découvrit dès le début sur tout l'abdomen. La peau était d'un brun rougeâtre uniforme, depuis la base du thorax jusqu'au tiers supérieur des cuisses, avec de petites taches noires au centre. Le visage participait aussi à cette coloration. Le diagnostic de tuberculose capsulaire fut dès lors porté, d'autant plus que des troubles gastriques, des vomissements étaient les phénomènes prédominants, avec craquements secs et respiration soufflante au sommet droit.

Ce malade quitta l'hôpital pour retourner en Italie; le diagnostic ne put donc être confirmé. Mais il est établi, suivant l'auteur, par les antécédents du malade, qui, à trois reprises, pendant les trois années précédentes, avait été pris d'accidents analogues, mais moins intenses et sans symptômes généraux aussi marqués.

La couleur bronzée de toute la peau fut observée à l'Hôtel-Dieu chez un troisième malade, âgé de 29 ans et arrivant d'Algérie, où il avait eu la dyssenterie pendant neuf mois et les fièvres. Il était comme un mulâtre. Trois mois après, une saillie se montra sur la colonne vertébrale, provenant d'une destruction de la première vertèbre lombaire et de l'altération des deux supérieures, constatées à l'autopsie. Des noyaux tuberculeux étaient disséminés dans les deux poumons, et il en existait même un, gros comme une petite noix, dans l'hémisphère gauche du cervelet.

En dehors du soin avec lequel ces observations sont recueillies, surtout au point de vue de la thèse nouvelle soutenue par l'auteur, on ne rencontre sans doute rien de bien nouveau. Il serait facile d'en trouver de semblables, moins l'examen anatomique, microscopique et chimique minutieux qui les distingue. Et encore la plupart des anatomopathologistes antérieurs s'accordent-ils à voir là une lésion tuberculeuse, qu'ils qualifient de scrofuleuse, caséeuse, calcaire, formes ou degrés du même processus morbide, suivant l'état où ils l'ont rencontré, sinon l'époque où ils ont écrit. Aussi, ayant vu, dans ces deux cas, les capsules surré-

nales envahies d'éléments embryonnaires au lieu d'éléments nouveaux, sans trabécules ni vaisseaux, consécutivement à cette métamorphose fibro-caséeuse reconnue par la plupart des micrographes, M. Fabre n'hésite pas, plus affirmatif en cela que MM. Cornil et Ranvier, à voir là une lésion tuberculeuse primitive, bien que des altérations semblables se rencontrassent dans l'un des reins, dans des ganglions lymphatiques et dans les poumons. Il en trouve la preuve dans la prédominance des phénomènes cliniques spéciaux, qu'il rapporte à la tuberculisation des capsules, et l'état latent de la diathèse générale, c'est-à-dire l'arrêt ou la suspension des symptômes pulmonaires, à mesure que la lésion capsulaire s'accentue et se développe, bien plus que dans les lésions anatomo-pathologiques.

Pour appuyer sa doctrine et la symptomatologie de sa *phthisie capsulaire*, il a collecté 67 faits dans les auteurs, cadrant avec cette symptomatologie spéciale, bien qu'ils manquent de détails suffisants pour établir cette entité, surtout au point de vue anatomique. Elle est évidemment de beaucoup la plus fréquente pour tous les observateurs de la maladie d'Addison; les autres lésions, comme les autres signes, n'en sont que des exceptions pour ainsi dire. C'est pourquoi ils ont été confondus jusqu'ici.

La *mélanodermie*, donnée comme le signe de la maladie d'Addison, coïncide ainsi, dans les trois quarts des faits, avec la tuberculisation des capsules et se rencontrait 61 fois sur les 67 cas précédents. Mais, dès qu'elle manque dans quelques-uns et se rencontre avec toutes les autres lésions, comment en faire un signe distinctif de la phthisie capsulaire? Elle ne la produit plus souvent que par sa fréquence, sans que l'auteur ait pu même établir si elle n'est pas proportionnellement aussi fréquente dans les autres altérations capsulaires. La coloration bronzée n'est donc pas à proprement dire un signe de tuberculisation, mais de lésion des capsules surrénales.

N'est-ce pas un abus semblable de faire de l'*albuminurie* concomitante un signe de phthisie capsulaire, quand on sait qu'une altération organique ou fonctionnelle du rein seul peut produire ce phénomène rare, et qu'il se manifeste aussi bien sous l'influence des diverses lésions des capsules que de leur tuberculisation ?

Les *troubles digestifs*, les vomissements surtout, accompagnés de diarrhée ou de constipation, la dyspepsie, sont des signes plus constants et plus distinctifs, parce que la tuberculisation, comme le cancer des capsules, en apportant un trouble profond dans la sécrétion rénale, doit les provoquer par la rétention des matières excrémentitielles.

Il n'en est pas de même de la *fièvre* qui doit exister souvent par l'extension de la tuberculose. Le *refroidissement* et l'*algidité* même dépendent plutôt de l'altération du sang, de l'anémie que produit toujours la tuberculose.

De même de l'*amaigrissement* et de l'*affaiblissement*, les signes les plus saillants de la phthisie capsulaire, surtout quand les troubles gastriques s'y mêlent, parce qu'ils sont ceux de la tuberculose généralisée.

Il serait superflu d'énumérer les divers *troubles nerveux*, qui sont ici d'autant plus marqués et généralisés que la diathèse est plus profonde. Tous ces signes généraux sont précisément la preuve que la phthisie capsulaire, loin d'être primitive, essentielle, n'est que la manifestation locale, quand elle est seule, d'une diathèse profonde. Autrement, les autres lésions simples des capsules, la congestion, l'hypertrophie et l'atrophie, la dégénérescence graisseuse, auraient le même retentissement.

C'est précisément le contraire qui ressort du parallèle symptomatologique de ces altérations avec la prétendue phthisie capsulaire. A part la mélanodermie, quelques troubles digestifs et les douleurs locales des lombes et des hypochondres que toute lésion locale des capsules peut faire naître directement ou par le trouble, l'arrêt de leur fonction, on ne trouve pas de ces symptômes généraux, ces complications variées et étendues, comme la fièvre, l'asthénie, l'anémie, la consomption, qu'une diathèse comme la tuberculose peut seule expliquer et produire. Le cancer des capsules entraîne ainsi des symptômes bien plus intenses et généralisés que les affections simples. (*Arch. de méd.*, janvier et février.)

Cette comparaison des symptômes de la phthisie capsulaire avec ceux des autres lésions, aussi bien que le parallèle avec les autres phthisies, ne prouve donc qu'une chose : à savoir qu'elle n'existe isolément et primitivement que comme une exception infiniment rare et non comme règle. Tout le savoir, l'érudition et le talent de l'auteur ne pourront faire

admettre le contraire. Aussi demande-t-il humblement pardon de son *néologisme*, à la fin de cette étude, véritable pétition de principes. De ce que la caséification des capsules surrénales se rencontre le plus souvent avec la mélanodermie, ce n'est pas la preuve qu'elle la détermine, puisqu'elle n'existe jamais seule et que la plupart des autres lésions de cet organe la déterminent également. Rien ne prouve davantage que cette caséification soit primitive, essentielle. Ce n'est qu'en vertu d'exceptions et d'explications théoriques, accumulées à profusion, que M. Fabre justifie en apparence cette distinction subtile. La vérité se démontre plus clairement et s'impose plus simplement.

PLACENTA. *Insertion vicieuse.* Certaines malformations de l'utérus, comme l'utérus bicorne, favorisent, selon M. Polaillon, les présentations du tronc. Mais, il ne s'appuie que sur un seul fait, démontré par l'autopsie, pour avancer cette opinion, et encore l'insertion centrale du placenta sur le col vient-elle en affaiblir la signification. (*Ann. de gynécologie*, septembre 1877.)

Il est avéré, en effet, que l'insertion vicieuse, marginale ou centrale, est une cause fréquente de présentation du tronc. C'est ainsi qu'en cas d'hémorrhagies répétées pendant la grossesse, et dans la prévision d'une présentation transversale constituant deux dangers pour la mère et pour l'enfant, il est prudent d'essayer la version par manœuvres externes pour y échapper. Tel est le traitement préventif recommandé par Réal, qui transforma ainsi une présentation du tronc en présentation du sommet, maintenue par une ceinture à pelotes. (*Thèse de Paris*, 1852.) Ainsi procéda M. Pinard dans un cas de ce genre. La manœuvre fut facile, et la position normale fut maintenue avec sa ceinture abdominale rigide. (Voy. *année* 1877.)

L'accouchement eut lieu treize jours après, et l'examen du placenta montra que la rupture s'en était faite sur son bord. (*Soc. de chir.*, 1877.)

PLEURÉSIE. *Hyperthermie locale.* Si, comme affection fébrile, la pleurésie aiguë augmente la température générale, M. Peter a constaté cliniquement le fait qu'elle est toujours plus élevée d'un demi à un degré et plus du côté

malade que du côté sain. Cette hyperthermie locale est surtout marquée quand il y a épanchement, et, comme preuve que l'activité sécrétoire contribue à la produire, c'est qu'elle est plus élevée sur la paroi pariétale que dans l'aisselle, et qu'elle augmente et diminue proportionnellement avec l'épanchement. L'auteur ne dit pourtant pas s'il a confirmé cet effet dans les épanchements passifs qui se forment souvent insidieusement au début de la tuberculisation pulmonaire ou d'autres états morbides sans fièvre.

Ce signe peut donc servir à marquer la croissance, la persistance et le déclin de l'épanchement aigu, aussi bien que sa récidive. Il suffit pour cela d'appliquer le thermomètre et de le vérifier par la percussion. C'est un signe de plus qui montre l'influence dominatrice du travail morbide pleurétique sur l'état général. C'est ainsi que la thoracentèse augmente encore l'hyperémie *a vacuo*, hyperémie mécanique, s'ajoutant à l'hyperémie phlegmasique et augmentant la tension dans les vaisseaux de la plèvre enflammée. Ce qui peut servir à expliquer la transformation purulente des épanchements séreux par la ponction hâtive et répétée. (*Acad. de méd.*, avril.)

Immobilisation contre le point de côté. C'est spécialement contre la douleur lancinante du côté dans la pleurite ou la pleuro-pneumonie, le plus souvent, que le docteur Gleason applique la carapace de diachylum sur le côté douloureux, à l'exemple de MM. Roberts et Perroud. (Voy. *années* 1874 et 1877.) Deux observations sont rapportées pour montrer son efficacité. Il s'agit de deux jeunes hommes de 27 à 30 ans qui, après un refroidissement avec frisson, furent pris de fièvre avec point de côté, augmenté par chaque inspiration. Des injections hypodermiques locales de morphine avec l'aconit à l'intérieur et des fomentations externes n'ayant pas enlevé la douleur, le côté droit fut immobilisé, de la colonne vertébrale au sternum, avec de larges bandelettes de diachylum superposées de bas en haut. Le malade fut immédiatement soulagé par la diminution des mouvements thoraciques.

Une toux sèche et fréquente rendant le point de côté encore plus insupportable dans le second cas, et la fréquence de la respiration, la matité et des crachats rouillés indi-

quant une pneumonie du lobe inférieur droit, le côté fut enfermé et immobilisé dès le troisième jour. Le malade respira dès lors avec plus de facilité et put dormir.

C'est donc un moyen topique d'atténuer le point de côté, et, chez les malades où les sangsues, les ventouses sont contre-indiquées pour le combattre, on peut l'employer de préférence aux injections morphinées. En immobilisant les parois du thorax, les mouvements respiratoires étant limités, l'auteur croit que les épanchements abondants sont prévenus, comme leur absence dans ces deux cas tend à le démontrer. La durée de la maladie est ainsi abrégée. (*Boston med. and surg. journal*, janvier, n° 4.)

Quant à l'épanchement qui y succède généralement, l'expérience clinique comparée a établi qu'il est préférable d'insister, autant que possible, sur les moyens médicaux, comme vésicatoires, diurétiques, laxatifs, diaphorétiques, plutôt que de recourir hâtivement à la thoracentèse. (Voy. *ce mot.*)

PNEUMONIE. *Névrite du pneumogastrique.* Ayant rencontré à l'autopsie trois cas de pneumonie aiguë franche, dite fibrineuse, une hyperémie de ce nerf avec augmentation de volume et de couleur hortensia dans la partie malade du poumon, le docteur Fernet, édifiant aussitôt toute une nouvelle étiologie, en a inféré, conclu que c'était là la cause réelle et primitive de la pneumonie. Elle ne serait ainsi qu'un trouble trophique déterminant une éruption herpétique du poumon. Ce n'est pas qu'on l'ait constatée précisément dans cet organe, même au microscope ; mais, de ce qu'elle commence parfois par une angine, un herpès de la gorge, et se termine assez souvent par un herpès des lèvres, on en juge que cette éruption doit se manifester de même à l'intérieur et précéder toutes les autres. L'analogie des causes avec la fièvre herpétique ou herpès fébrile, le refroidissement et la similitude des symptômes ont autorisé le professeur Parrot à affirmer qu'il s'agissait, dans ces cas, d'une fièvre herpétique avec pneumonie consécutive, et non d'une pneumonie avec herpès. (Voy. *années* 1872, 1874.)

Mais ce n'était là encore qu'une espèce, une variété spéciale de pneumonie, la pneumonie herpétique, tandis que, en découvrant la névrite du poumon, la lumière se fait, et

toutes les pneumonies les plus franches ne vont plus être qu'un herpès du poumon, de par la découverte de M. Fernet, au même titre que le zona ophthalmique n'est que l'expression de l'inflammation de ce nerf, de même que sur le sciatique et beaucoup d'autres. Le zona des amygdales serait ainsi une névrite du trijumeau, comme la pleurésie diaphragmatique celle du nerf phrénique. Et c'est ainsi que, d'hypothèse en hypothèse, on tente de refaire la pathologie selon les vues modernes; mais Bichat, dans sa révolution anatomique, avait été beaucoup plus précis. Ce n'est donc là qu'une théorie hasardée. (*France méd.*)

Pneumonies chroniques. Le microscope a éclairé d'un tel jour les altérations anatomo-pathologiques de ces pneumonies qu'au lieu des titres génériques de pneumonie interstitielle, phthisie fibroïde, cirrhose du poumon, sous lesquels on les désignait, le professeur Charcot, en les distinguant d'après leurs lésions spéciales, les a divisées comme suit :

Pneumonies lobaires, dont le siège principal est dans les alvéoles, comme la pneumonie aiguë, ayant deux processus fondamentaux caractéristiques : la dégénération ou infiltration graisseuse et la dégénération musculeuse. Elles se distinguent surtout cliniquement suivant leur résolution rapide, en quelques jours, ou prolongée, c'est-à-dire en plusieurs mois.

Broncho-pneumonies et *pneumonies pleurogènes*, suivant qu'elles succèdent à des inflammations des bronches ou de la plèvre. La cirrhose ou la carnisation du poumon en est le caractère distinctif. Elles succèdent ordinairement à un catarrhe bronchique, la rougeole, la coqueluche ou la fièvre typhoïde; inflammations localisées peu franches, bâtardes, mal caractérisées et persistantes, aboutissant à l'induration atrophique du poumon avec dilatation des bronches.

Les pneumonies pleurogènes succèdent aux pleurésies de mauvaise nature avec angioleucite pulmonaire généralisée, comme dans les pleurésies puerpérales et dont les caractères pulmonaires sont variables. Elles sont même parfois interlobulaires, d'où le nom de pneumonie fibroïde cloisonnée. (*Revue mensuelle*, octobre.)

Pneumonokonioses. Ce titre a été imposé par Zenker aux altérations pulmonaires résultant de l'inspiration des particules solides contenues dans les poussières, la fumée ou la vapeur de certains milieux atmosphériques professionnels. Il remplace ainsi les noms de phthisie anthracosique ou anthracose pulmonaire, appliqués indistinctement à la phthisie charbonneuse des mineurs de houille et qui s'est étendue ensuite à celle des mouleurs en cuivre, en bronze et en fonte, qui emploient la poussière de charbon végétal.

Ce terme s'applique de même à la phthisie des tailleurs de pierre, des émouleurs et aiguiseurs, des potiers, qui travaillent dans une atmosphère de poussières siliceuses ou alumineuses, sèches ou humides, et désignée déjà sous le nom de chalicose et sidérose par les Allemands. C'est donc là une nosologie toute germanique et qui ne se comprend que de ceux qui vont chercher leurs inspirations au delà du Rhin. Ce sont évidemment là des lésions diverses qui se rapprochent de la phthisie, sans avoir une marche aussi rapide et fatale, mais qui entraînent souvent la mort aussi dans les professions qui y donnent lieu. (*Revue mensuelle*, mai, n° 5.)

Les mots d'anthracose, de chareose et de sidérose pulmonaire pourraient donc suffire à désigner ces diverses lésions, suivant que la houille, le charbon, la silice, l'alumine, la chaux, l'oxyde de fer contribuent à les produire, selon les professions, sans qu'il soit besoin d'importer ces mots barbares des Teutons, exclusifs à leur langue composée, dans la langue française si simple et qui n'en a déjà que trop emprunté.

Pneumonie contagieuse. Les épidémies de pneumonie sont bien connues par les différentes relations émanant d'observateurs accrédités, comme Laennec en France, W. Jenner en Angleterre, et d'autres. Mais sa contagiosité dans ce cas n'est pas aussi bien démontrée, bien que, sous le nom de *pythogénique* ou miasmatique, elle ait été décrite comme telle en Irlande. Mais elle semble là beaucoup plus infectieuse que contagieuse, tout en étant assimilée à la pleuro-pneumonie contagieuse des moutons. (V. *année* 1875.)

Deux épidémies observées dans la prison encombrée de Moringen, en Hanovre, par le docteur Kühn, rendent ce ca-

ractère plus probant. 83 personnes ont été atteintes dans la première et 73 dans la seconde, avec des symptômes analogues : absence de frisson initial, malaise prodromique de sept à huit jours, hépatisation sensible seulement après trois à quatre jours de fièvre et siégeant souvent au sommet, avec tendance à s'étendre et rapidement mortelle par les complications; prostration énorme, albuminurie, diarrhée, splénisation, pleurésie presque constante, péricardite dans un quart des cas avec méningite dans les cas graves, angine et stomatite assez fréquentes, température très-élevée jusqu'à 107° F.

A l'autopsie, cœur graisseux ou ramolli, d'aspect brun rougeâtre; plaques de Peyer gonflées. (*Deutsch. arch. für Klin. med.*, n° 21.)

Il y a donc là des différences notables avec la pneumonie pythogénique de Dublin et comme l'exposition, le sol, le drainage, la ventilation, l'eau de la prison, autant que la nourriture et les vêtements des habitants étaient irréprochables, on ne peut attribuer l'infection qu'à l'impureté de l'air des cellules; mais, des employés de la prison ayant contracté la maladie et l'ayant transmise dans leurs familles éloignées de la prison, il semble difficile de mettre sa contagiosité en doute.

POLYURIE. *Seigle ergoté.* Un malade, atteint de névralgie sus-orbitaire, rendait dix litres d'urine par jour, contenant 80 à 90 grammes d'urée sans sucre. De là une extrême faiblesse avec amaigrissement, malgré une consommation énorme d'aliments. Il y avait des vertiges avec perte de connaissance, polydipsie et polyphagie. La teinture de valériane, donnée à un gramme, puis deux par jour, diminua l'urine d'un litre, mais aussi l'appétit; puis deux milligrammes de sulfate d'atropine par jour amenèrent la même amélioration en augmentant la soif, et c'est ainsi que le docteur Rendu en vint à l'usage du seigle ergoté. Sous son influence, l'émission de l'urine tomba à 1600 grammes en huit jours, avec 15 grammes d'urée dans les vingt-quatre heures. Le dépérissement s'arrêta; les forces revinrent avec la disparition de la polydipsie et l'exagération de l'appétit. (*France méd.*, février.)

PRIX. On comprend heureusement de plus en plus que le meilleur et le plus sûr moyen de laisser son nom à la postérité, en servant et en encourageant la science après sa mort, c'est de fonder des prix publics. Plusieurs sont ainsi fondés chaque année au nom de ses apôtres et de ses bienfaiteurs pour consacrer leur souvenir. Les souscriptions libéralement recueillies en Angleterre après la mort de Parkes en 1876, pour consacrer un souvenir à la mémoire et aux travaux de cet hygiéniste distingué, — l'émule et le collègue de Michel Lévy en Crimée, — sont ainsi affectées à un prix triennal, qui portera son nom. 2500 francs en argent y sont consacrés avec une large médaille d'or portant l'effigie du célèbre chirurgien militaire. Tous les médecins anglais de l'armée, de la marine et des services médicaux de l'Inde sont appelés à y concourir, les professeurs des Écoles exceptés. La question choisie pour le premier concours, qui sera jugé en 1881, est *des Effets des mesures hygiéniques pour arrêter la propagation du choléra*. Les concurrents devront donc envoyer leurs travaux dans les formes académiques, avant la fin de l'année 1880, au directeur général du service médical de l'armée, Whitehall-Yard, 6, à Londres. Une médaille de bronze avec le portrait de Parkes sera également décernée chaque année à l'élève de l'École militaire de Netley qui aura le mieux répondu sur un sujet d'hygiène. C'est ainsi que les Anglais savent honorer leurs grands hommes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS.

1879. **Prix de l'Académie** : Déterminer la valeur clinique des procédés antiseptiques dans la pratique chirurgicale; 1,000 francs.

Prix Portal : État de l'utérus et de ses annexes dans les maladies comprises sous le nom de fièvre puerpérale; 1,500 francs.

Prix Civrieux : De l'hystéro-épilepsie; 1,500 francs.

Prix Capuron : Des varices pendant la grossesse et l'accouchement; 2,000 francs.

Prix Barbier : A la découverte des moyens complets de guérison des maladies reconnues le plus souvent incurables, et dont l'efficacité est constatée par l'usage.

Des encouragements sont accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué, s'en seront le plus rapprochés; 6,000 francs.

Prix Godard : Au meilleur travail sur la pathologie externe; 1,500 francs.

Prix Desportes : A l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique. Des récompenses pourront être accordées à l'auteur ou aux auteurs des travaux de même nature; 1,500 francs.

Prix Buignet : Au meilleur travail manuscrit ou imprimé sur les applications de la physique et de la chimie aux sciences médicales; 1,500 francs.

Prix Amussat : Au travail ou aux recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale; 1,500 francs.

Prix Itard : A l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée, ayant au moins deux ans de publication; 2,000 francs.

Prix Rufz de Lavison : Établir par des faits exacts et suffisamment nombreux, chez les hommes et chez les animaux qui passent d'un climat dans un autre, les modifications, les altérations de fonctions et les lésions organiques qui peuvent être attribuées à l'acclimatation; 2,000 francs.

Prix Saint-Lager. (Voy. *année* 1873.)

Prix de Alfaro : Rechercher par quels moyens on pourrait, dans les asiles publics et privés, destinés aux maladies mentales, faire une plus large part au traitement moral et augmenter les moyens d'action.

Indiquer surtout les inconvénients d'un isolement rigoureux dans les affections mélancoliques. S'appuyer sur des

faits assez nombreux et bien constatés par la science; 2,000 francs.

Prix de la Commission de l'hygiène de l'enfance : De l'allaitement artificiel; 1,000 francs.

Les mémoires et les ouvrages pour ces prix devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mai de l'année 1879. Ils devront être écrits en français ou en latin, accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresses des auteurs. Les auteurs des imprimés sont dispensés de cette condition.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES.

Mémoire sur un sujet de pathologie mentale au choix des concurrents, avec au moins six observations cliniques détaillées et précédées d'un sommaire.

Les travaux en français doivent être adressés dans les formes académiques et parvenus avant le 1er janvier 1879 à la rédaction des *Annales*, rue de l'Université, 6. Une récompense de 600 francs sera décernée au lauréat.

Prix Aubanel : Mémoire manuscrit sur un sujet de pathologie mentale et nerveuse. Écrit en français et envoyé dans les formes académiques, il doit être adressé à M. le docteur Motet, secrétaire général de la Société, rue de Charonne, 161, avant le 31 décembre 1878; 2,400 francs de récompense.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS.

Prix Godard : 420 francs seront accordés à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé depuis moins de trois ans et n'ayant, avant l'époque de sa délivrance, été l'objet d'aucune récompense académique, sur l'anatomie normale ou pathologique ou la tératologie.

Envoyer les manuscrits et les imprimés en double exemplaire avec une lettre explicative au siège de la Société, à l'École pratique, avant le 1er juillet 1879 pour le prix de 1878, qui sera décerné dans la séance annuelle de janvier 1880.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'AMIENS.

1879. *De l'albuminurie dans la diathèse goutteuse.* Une médaille d'or de 200 francs sera décernée au médecin du département de la Somme qui présentera le meilleur travail sur ce sujet.

Adresser *franco* et dans les formes académiques, à M. le docteur Leroy, 5, rue du Lycée, à Amiens, avant le 1er août 1879.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.

I. Histoire des rétrécissements du canal de l'urèthre chez l'homme, au triple point de vue de l'étiologie, de l'anatomie pathologique et de la valeur relative des différents traitements préconisés. Médaille de 800 francs. Clôture du concours : 1er janvier 1880.

II. Élucider l'histoire des maladies des centres nerveux, et principalement de l'épilepsie. 5,000 francs. Clôture du concours : 1er avril 1880.

Les mémoires doivent être écrits en latin, en français ou en flamand, et adressés, dans les formes académiques et francs de port, au secrétaire de l'Académie, à Bruxelles.

COLLÈGE ROYAL DES MÉDECINS DE LONDRES.

Fondation d'un prix de 2,500 francs à décerner au meilleur mémoire sur la rage, sans doute en raison de la rage qui a régné dans le pays.

Prix A. Cooper : Les nerfs du cerveau; anatomie et rapports avec les maladies et les blessures chirurgicales, avec des préparations et des planches en montrant clairement la direction et la distribution.

Adresser les travaux aux médecins et chirurgiens de l'hôpital Guy, à Londres, avant le 1er janvier 1880; 300 livres sterling de récompense, soit 7,500 francs.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE ROME.

Sujet au choix sur l'hygiène publique ayant des conceptions originales pour l'intérêt public, fondées sur des faits ou des expériences, et d'une application pratique.

Terme du concours : 1er février 1879 ; 1,000 francs de récompense.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE TURIN.

Prix Riberi : *Physio-pathologie du sang.* Tous les ouvrages publiés depuis 1876, ou les mémoires manuscrits écrits en italien, français ou latin, sont admis à concourir, en étant adressés *franco* au secrétariat de l'Académie avant le 31 décembre 1878. 20,000 francs de récompense.

Prix Speranza : Même programme qu'en 1874. La forme populaire sera préférée. Adresser *franco* les manuscrits dans les formes académiques, avant le 25 mai 1878, au recteur de l'Université de Parme. Médaille d'or de 300 francs.

PROSTATE. *Galvano-cautère.* L'obstacle à l'émission de l'urine par l'hypertrophie de la prostate est si grave que les moyens se multiplient pour le lever. La ponction hypogastrique n'est pas une solution ; ce n'est qu'un expédient. Il faut toujours en revenir à lever ou diminuer l'obstacle. C'est ce que tente le docteur Bottini avec le galvano-cautère, qu'il emploie avec les mêmes instruments dont M. Mercier se servait avec le nitrate d'argent. Cette nouvelle cautérisation est beaucoup moins douloureuse et n'exige pas l'anesthésie ; mais aucun succès n'est cité à l'appui. (*Archiv. de Langenbeck*, t. XXI.)

De nombreuses contre-indications, comme l'atonie vésicale, des urines ammoniacales et des lésions rénales, limitent par avance cette opération, qui menace d'être négligée, comme la cautérisation de M. Mercier.

R

RAGE. *Apnée paralytique.* Le siège de cette épouvantable maladie préoccupe encore plus les jeunes observateurs que son traitement, car, à moins d'en trouver l'antidote, il semble y avoir plus de chances à découvrir celui-ci après avoir trouvé celui-là. De là la dissertation intéressante à laquelle le docteur Curtis s'est livré à ce sujet, d'après l'observation d'un cas de rage chez un allumeur de réverbères, âgé de 68 ans, mordu au pouce droit, le 19 juillet, par un chat qu'il caressait. Malgré la cautérisation, la nécrose de la phalangette s'ensuivit, et, le 9 septembre suivant, cet homme demandait un lit à l'hôpital du Massachusetts, en présentant tous les symptômes de l'hydrophobie.

Placé dans une chambre particulière, il fut soumis, après une consultation des médecins de l'hôpital, à l'usage hypodermique du curare à dose croissante, jusqu'à la production des symptômes toxiques de la parésie musculaire. Une solution de une partie sur dix de véhicule fut préparée avec des fragments de curare d'un noir brun, durs, secs, brillants, provenant de Merck, de Darmstadt. Lavements nutritifs répétés comme nourriture.

6 grains 1/2 de curare furent administrés en huit injections successives dans l'espace de dix-huit heures, et, bien que le malade se plaignît de la faiblesse qu'il en éprouvait, il eut encore assez de force ensuite, dans un accès, pour se lever, parcourir l'hôpital en courant et s'échapper au dehors. Ramené bientôt, il eut des paroxysmes violents et répétés avec délire, et, malgré cinq nouvelles injections de curare de un à deux grains chacune, soit 8 grains en six heures environ, cet hydrophobe déployait encore une force musculaire considérable dans ses accès, lorsqu'il mourut presque subitement. L'excitation provoquée par les lavements en avait fait cesser l'usage depuis vingt-quatre heures environ.

Sans tenir compte de l'autopsie ni des caractères microscopiques de ce cas particulier, l'observateur édifie une nouvelle théorie sur la nature et le siège de la rage, en n'en visant que le symptôme le plus saillant : l'apnée, l'anxiété respiratoire, c'est-à-dire l'accès qu'il assimile à la suffoca-

tion, la lutte et l'effort suprême de celui qui se noie ou qui est saisi par une douche froide, sinon une simple aspersion. Et au lieu de voir dans ce phénomène émouvant l'expression d'une superexcitation motrice de la moelle spinale et allongée, un spasme, une convulsion, comme on l'enseigne, ou d'une excessive tension réflexe dans le foyer des nerfs présidant à la respiration, d'après M. Jaccoud, il l'attribue à une influence *inhibitoire* ou d'arrêt, c'est-à-dire à une paralysie subite du centre respiratoire, déterminée par l'influx centripète des moindres impressions sensorielles des nerfs laryngés et ceux de la périphérie cutanée. C'est donc le renversement de la doctrine régnante, l'opposé de l'action réflexe ou plutôt son analogue en sens contraire. Au lieu d'être excito-motrice, l'influence serait déprimante. Il explique ainsi l'insuccès des hautes doses de curare, dont l'action paralysante ne peut qu'augmenter les accidents et précipiter la mort, de même que les anesthésiques, le chloroforme surtout, par son action irritante sur la muqueuse laryngée, et le chloral, par son influence directe sur le centre respiratoire, ainsi que tous les narcotiques à hautes doses.

Cette théorie d'une apnée paralytique, produisant les paroxysmes de la rage, est d'autant plus soutenable et admissible, qu'elle est étayée sur toutes les expériences récentes et confirmatives faites sur l'arrêt du centre respiratoire et s'accorde parfaitement avec elles. Toutes sont invoquées à l'appui, depuis la démonstration expérimentale de l'action directe de la branche laryngée supérieure du nerf vague par Rosenthal, confirmée par Cl. Bernard et plusieurs autres physiologistes éminents. Bukart a démontré ainsi récemment qu'en excitant le bout central de ce nerf, après sa dénudation et sa division, la respiration est immédiatement arrêtée, suspendue, et le diaphragme paralysé et relâché dans la position de l'expiration forcée; c'est ainsi que M. Vulpian a mis en évidence l'action directe du chloral sur cet arrêt du centre respiratoire. Cette doctrine émane donc de la jeune école expérimentale et mérite d'autant plus d'être examinée, que son auteur, ancien interne de Voillemier à l'Hôtel-Dieu, est un de ses adeptes ardents et parfaitement au courant des travaux français, anglais et allemands, sur l'arrêt du centre respiratoire.

Deux suppositions sont faites sur son origine et son mode de production : l'augmentation du stimulus centripète résultant d'une sorte d'hyperesthésie de toutes les parties périphériques du système nerveux, — ce qui est improbable, — ou la diminution de résistance du centre respiratoire à cette influence paralysante. C'est l'explication la plus plausible, car, dit l'auteur, cette dépression de la résistance peut résulter promptement de la diminution marquée et permanente de l'activité respiratoire chez les hydrophobes. Et, devant cet affaiblissement de la résistance, le stimulus périphérique a des effets d'autant plus exagérés.

La cause première et capitale de ce défaut de résistance locale est due, selon lui, aux changements de structure éprouvés, subis, par le centre respiratoire lui-même. Et il cite à l'appui l'examen microscopique du cerveau et de la moelle de quatre hydrophobes par le docteur Gowers, qui a trouvé les principales lésions dans le centre respiratoire de la moelle allongée (*Pathological transactions*, 1877), lésions confirmées depuis par le docteur Fitz. Qu'étaient-elles? Probablement la suroxygénation des cellules invoquée par Rosenthal comme la cause positive de l'arrêt respiratoire. (V. Nerfs.) L'auteur ne le dit pas et ne cite même pas cette cause. C'est la seule lacune de son travail, si riche en tant d'autres preuves expérimentales aussi hypothétiques.

Cette omission mérite d'être signalée, car cette cause de Rosenthal est en contradiction formelle avec la supposition de l'auteur, que la diminution de la respiration est la cause de la paralysie du centre respiratoire, tandis que, pour le professeur allemand, c'en est l'augmentation. Aussi M. Curtis, à défaut de cette preuve positive, ne donne-t-il sa théorie que comme une suggestion. Il est vrai qu'elle est passible d'autres objections. Telle est notamment celle de l'émotion, opposée par le docteur Putnam et dont l'auteur ne tient pas compte. Et cependant son action immédiate sur l'apnée et peut-être sur l'arrêt respiratoire est bien aussi puissante que le stimulus périphérique, puisque les hydrophobes, en état de rendre compte de leurs sensations, n'en accusent aucune de l'action de boire ni d'être éventés. D'ailleurs, on le sait, le contact du verre, la vue seule du liquide, la pensée même d'avaler, suffit à provoquer l'accès.

De là la sputation incessante des malades pour n'avoir pas à avaler leur salive.

Quoi qu'il advienne de cette nouvelle théorie, elle ne conduit à aucune thérapeutique rationnelle. Si la fréquence et l'intensité des accès résultent d'un arrêt du centre respiratoire, ils ne peuvent être prévenus que de deux manières, suivant les causes supposées de leur production : ou en empêchant la transmission du stimulus périphérique par l'anesthésie, — et tous les anesthésiques employés à cet effet n'ont pu les atténuer, — ou en augmentant directement l'activité du centre respiratoire par les narcotiques préconisés à cet effet, — et, employés même aux plus hautes doses, ils n'ont pas réussi à les arrêter. Il ne reste qu'à en essayer l'action eupnéique nouvellement découverte en les employant à petite dose. (Voy. INJECTIONS.) Mais rien ne fait prévoir qu'une injection de quelques milligrammes de morphine arrêtera les accès de la rage comme ceux de l'asthme. La conclusion n'est donc pas favorable, d'autant moins que les médicaments énergiques, donnés à haute dose, tendent à s'accumuler dans l'organisme pendant la rage par la rareté des urines. (*Boston med. and surg. journal*, nos 19, 20 et 21.)

Acidité des urines. M. A. Robin, ayant examiné les urines d'un homme mort d'hydrophobie à l'hôpital Beaujon, a constaté leur diminution. 300 grammes seulement en ont été rendues en vingt-quatre heures. Elles étaient tellement acides, que cette réaction était encore sensible huit jours après. Sur 25 grammes de matériaux solides, l'acide urique était en proportion considérable, tandis que l'urée était de 10 gr. 22. Une grande quantité de bactéries spéciales s'y rencontraient, et l'auteur se demande si leur inoculation par injection ne serait pas contagieuse comme la salive. (*Soc. de biol.*, 29 juin.)

REINS. *Absence congénitale.* Elle est assez fréquente pour que le docteur Beumer ait pu en collecter 48 exemples, recueillis à diverses sources pendant les vingt-cinq dernières années seulement. Ce nombre est bien supérieur à toutes les données précédentes. Dans 44 cas, le rein était complètement absent, 21 fois à droite et 22 à gauche ; il était rudimen-

taire dans les 4 autres. Sur 39 cas où le sexe est indiqué, on compte 26 hommes et 13 femmes ; mais, cette absence ne pouvant être constatée que par l'autopsie, cette inégalité peut résulter du plus grand nombre d'autopsies d'hommes.

Les vaisseaux et l'uretère étaient absents, comme le rein, sauf quelques exceptions où l'on trouva des rudiments de l'un ou de l'autre sur leur trajet normal ou à l'embouchure vésicale de l'uretère, mais la capsule surrénale existait le plus souvent, conformément à l'assertion de Forster. Elle était même hypertrophiée dans deux cas et n'a fait défaut que cinq fois.

La coïncidence d'un arrêt de développement des organes génitaux dans 13 cas, 8 fois chez des femmes, 5 fois chez des hommes, est surtout remarquable. Elle était constituée par la diminution des vésicules séminales et des vaisseaux déférents, des testicules et même de leur absence totale chez ceux-ci, de l'ovaire, de l'utérus et du vagin chez celles-là. Parfois l'utérus était complet et le vagin double. Il y a donc là un rapport étroit utile à étudier, au point de vue de la tératologie et de la physiologie.

Dans tous les cas, le rein existant était très-augmenté de volume et de poids, ainsi que les vaisseaux et l'uretère qui en émanent. Il était parfaitement sain chez 26 sujets dont 11 n'avaient pas plus de 30 ans, preuve qu'il supplée l'autre, comme dans tous les cas d'organes symétriques. Mais, chez les 22 autres, il présentait des traces évidentes de néphrite chronique, qui fut la cause même de la mort dans plusieurs cas. La présence de calculs dans les bassinets était aussi fréquente. Ils obstruaient complètement l'ouverture de l'uretère dans cinq cas, de manière à déterminer la rétention et une mort rapide. De là le danger de cette absence.

La difformité des organes génitaux chez l'homme comme chez la femme peut donc faire soupçonner cette absence d'un rein, et la coïncidence de la maladie de Bright rend cette probabilité presque certaine. (*Virchow Archiv.*)

Quant à savoir sur quels éléments porte ce développement de l'organe, si c'est de l'hyperplasie ou de l'hypertrophie qui a lieu dans ce cas, les expériences en rendent compte. Rosenstein a excisé le rein d'un chien en le laissant vivre cent jours, et l'examen histologique lui a montré ensuite que le volume des glomérules n'avait pas augmenté dans l'autre. D'où cette conclusion que le développement

était dû à l'accroissement des cellules épithéliales et du tissu connectif, mais surtout à l'augmentation du sang, de la lymphe et des constituants urinaires. Mais Perl s'est assuré que l'augmentation était due à l'accroissement des éléments constituants, à une véritable hypertrophie, surtout ceux de la sécrétion urinaire. Gudden, en extirpant un rein à des lapins nouveau-nés, a également constaté ensuite le développement des corps de Malpighi et conclut que l'accroissement de l'organe en dépend surtout.

Les mesures précises, prises comparativement par Beumer sur un rein unique, augmenté de six pouces en longueur, et deux reins normaux, lui ont montré que le volume des glomérules et des tubes était uniforme. Une légère augmentation des corps de Malpighi fut seulement notée, comme dans les expériences de Perl et Gudden, mais sans proportion avec le développement total de l'organe. Une véritable hyperplasie de tous les tissus en est donc la vraie cause. D'autant plus que Perl a démontré qu'à l'état normal le volume des tubes et des glomérules ainsi que tous les autres éléments sont à peu près les mêmes sur les nouveau-nés qu'à l'âge adulte ; les corps de Malpighi seuls sont plus petits. Ce ne sont donc pas les éléments les plus importants à la fonction du rein qui augmentent de volume dans les conditions physiologiques. Cet accroissement est essentiellement une hyperplasie, comme on devait le penser *a priori*. (*Lancet*, nos 16 et 18.)

RÉSECTIONS. Résection de la hanche. Langenbeck se borne en général à réséquer la partie malade, tandis que d'autres chirurgiens, à l'exemple de Malgaigne et Sayre, résèquent toujours au-dessous du grand trochanter. Wolkmann s'est bien trouvé de procéder ainsi dans 48 cas opérés en trois ans. Il a obtenu ainsi une articulation plus mobile. Hueter se borne à la simple décapitation, comme Lücke, qui ne fait ensuite l'ablation du grand trochanter que si le pus n'a pas un écoulement suffisant. Sur 11 résections en dix-huit mois, Schede a enlevé le grand trochanter dans 9, tout en croyant la simple décapitation préférable chez les très-jeunes enfants et les sujets débilités, et voici le nouveau procédé qu'il recommande à cet effet pour ménager le délabrement quand le cas le permet.

Commençant l'incision de la peau à la face antérieure du membre, un peu au-dessous et à un travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, elle se dirige verticalement en bas. Découvrant alors le bord interne du couturier et du droit interne, il pénètre, par l'interstice musculaire, jusqu'au bord externe du psoas iliaque. Le membre est alors fléchi, tourné et renversé en dehors, et, en écartant les muscles avec des crochets mousses, on aperçoit la capsule articulaire, que l'on peut réséquer, sans aucun délabrement ni hémorrhagie. Ce procédé opératoire n'est donc applicable que si la capsule est intacte.

D'après ces résultats, l'indécision règne encore sur la convenance à réséquer une plus ou moins grande étendue de l'os. (*Congrès des chir. allemands*, 1877.)

Résection sous-périostée de l'omoplate et de la tête de l'humérus. Un nouveau succès de cette redoutable opération a été obtenu par le docteur Brigham, chirurgien de l'hôpital français de San-Francisco, sur un garçon de 35 ans, Maurice Kahn. Après un violent coup reçu sur l'épaule droite et une attaque de rhumatisme de cette articulation, il se forma un gonflement énorme dans l'aisselle, suivi de l'ouverture de nombreux abcès. Entré à l'hôpital, le 15 octobre 1877, il porte quatorze trajets fistuleux de l'épaule, tous aboutissant à de l'os nécrosé et donnant lieu à une suppuration profuse. Un traitement reconstituant fut ordonné, et, dès le 23 de ce mois, une incision mit facilement à nu la tête de l'humérus, qui fut réséquée à son col avec une scie à chaîne. Mais la cavité glénoïde ayant été reconnue nécrosée, ainsi que l'acromion et toute l'épine du scapulum, il fallut enlever cet os.

Une incision dirigée le long de cette épine, et s'étendant sur l'épaule parallèlement à la précédente, permit alors de disséquer tous les muscles avec le périostome et les doigts. Disséquant de l'épine en bas, le deltoïde et le spinal furent séparés sans grande difficulté. L'origine du grand dorsal fut atteinte en passant le doigt par une ouverture fistuleuse sur l'angle inférieur. Toute la surface externe de l'os au-dessous de l'épine étant ainsi libre, il s'agissait de séparer les attaches musculaires de la fosse sus-épineuse. Ce fut le plus difficile. L'apophyse coracoïde étant libre, une bande-

lette fut passée autour de sa base, comprenant l'acromion, et l'os soulevé en haut et en dehors. La surface interne se sépara lentement ; le muscle sous-scapulaire fut facilement détaché, et l'insertion du grand rond libérée avec le périostome. Le scapulum fut ainsi enlevé sans le périoste ni la moindre hémorrhagie. Les lèvres de la plaie furent réunies, deux drains placés, et de la charpie phéniquée et de la ouate achevèrent le pansement. L'opération avait duré une heure et demie.

La plaie se réunit partiellement par première intention, sans complication notable. Une abondante suppuration, de la diarrhée, de l'œdème, retardèrent la guérison, en raison de l'état général de l'opéré. Elle était complète le 1er janvier, avec une difformité très-peu sensible de l'épaule. Quant aux mouvements du membre, la main droite atteint facilement l'épaule gauche ; le bras se meut en arrière et en avant, et l'opéré peut écrire et manger, jouer aux cartes et même porter de légers poids. C'est donc là un beau succès et qui justifie pleinement le jugement du professeur Syme sur cette opération : qu'elle peut être exécutée sans beaucoup de difficulté ni perte de sang, que la cicatrice peut se faire rapidement, et que le bras peut encore être fort et utile. (*Boston med. and surg. journ.* n° 15.)

Résection du coude. *Lésions nerveuses.* Un succès complet, obtenu par J. Wolff sur une fille de 6 ans, atteinte de tumeur, et qui, trois ans après, jouissait d'un mouvement articulaire presque aussi parfait qu'un membre sain par la reproduction de l'olécrâne, lui a fait rechercher pourquoi il n'en est pas toujours ainsi. Les observations de Syme, Czerny, Jagetho et Ollier n'ont montré en effet qu'une hypertrophie des deux tubérosités de l'humérus, enclavant, comme dans une mortaise, les os de l'avant-bras, au lieu de la reproduction de l'olécrâne qui rend les mouvements plus libres et normaux.

Considérant que le résultat n'est ni dans la nature de la lésion, quoique les résections par suite de traumatisme soient moins favorables que les pathologiques, ni dans le procédé opératoire, puisque la conservation du périoste n'est pas absolument nécessaire, l'auteur croit avoir découvert cette cause dans les troubles trophiques produits par les

anciennes affections articulaires ou les lésions nerveuses produites par le traumatisme. Il a trouvé ainsi, chez un grand nombre d'opérés sans résultat favorable, une peau lisse, l'altération des poils, des ongles, même des glandes sudoripares. Il est vrai que ces lésions pouvaient tenir à l'opération et à l'immobilisation de l'article ; mais, comme elles s'observent également dans les cas de caries, de tumeurs blanches, on peut tenir compte de ce signe dans l'appréciation des chances définitives du succès. (*Archiv für Klin. chir.*, 1877.)

RESPIRATION. La suspension instantanée de cette importante fonction, qui constitue l'apnée, est-elle produite par les mêmes causes que le phénomène de Cheyne-Stokes? se demande le docteur F. Franck. Non, dit-il, car ayant observé l'apnée après la trachéotomie, et l'ayant produite expérimentalement chez le chien, il s'est assuré, par l'introduction artificielle d'oxygène dans la poitrine, que cette suroxygénation du sang suffit à la déterminer. Quelques inspirations volontaires, amples et profondes, répétées en peu de temps, servent à le démontrer. Il en est de même après l'excitation expérimentale du bout cardiaque du pneumo-gastrique. Reste donc simplement à savoir à cet égard si cette apnée est due à l'augmentation de l'oxygène dans le sang ou à une élimination plus élevée de l'acide.

C'est exclusivement dans l'état de maladie que se manifeste le symptôme de Cheyne-Stokes et spécialement dans les états adynamiques, comme le coma, la méningite, la fièvre typhoïde, les altérations cardiaques, etc. L'indifférence et l'abattement du malade en paraissent la cause. Un effet réflexe de l'arrêt du cœur peut ainsi produire cet arrêt respiratoire, car M. Franck l'a déterminé en injectant une solution concentrée de chloral dans la jugulaire gauche des chiens et des lapins. La respiration se suspendait instantanément, en même temps que le cœur. Mais il a suffi de supprimer l'activité de l'appareil nerveux cardiaque, par une injection d'atropine, pour voir le cœur soustrait à l'influence du chloral, tandis que la respiration y restait sensible. La cause réelle de ce phénomène reste donc inconnue. (*Journ. d'anat. et physiol.*, n° 6, 1877.)

Cet effet du chloral sur le centre respiratoire est d'accord

avec les résultats obtenus par M. Vulpian, mais les autres interprétations sont en contradiction avec les expériences antérieures des physiologistes. Suivant Arloing et Tripier, le nerf vague gauche innerve principalement le centre respiratoire, tandis que le cœur est sous l'influence du droit. Leur action serait donc bien distincte et ne pourrait se confondre. De même pour Rosenthal ce n'est pas la suroxygénation du sang qui arrête la respiration, mais celle des cellules mêmes de ce centre. Il faudrait donc s'entendre et préciser. (V. Nerfs.)

Respiration artificielle. *Méthode directe.* Elle consiste, d'après M. Howard, à se servir du poids de son propre corps pour peser sur le thorax de l'asphyxié. Celui-ci étant étendu sur le dos, un coussin sous les reins pour faire bomber la poitrine, les bras élevés sur la tête, l'opérateur se place à deux genoux, un de chaque côté du corps du patient. Il applique ses deux mains à plat sur les côtés du thorax, les pouces avoisinant l'appendice xiphoïde, les doigts largement étalés sur les côtes, ou plutôt chaque doigt correspondant à un espace intercostal.

Et se jetant en avant, de façon que son visage touche presque celui du patient, il appuie et de son poids et de la pression de ses mains, pendant deux ou trois secondes ; puis il se relève brusquement en se remettant dans la position à genoux. Repos de trois secondes. Puis reprise de ce mouvement de soufflet, qu'il continue ainsi, à raison de six ou sept fois par minute.

La manœuvre est ainsi rendue plus commode et plus efficace que dans le procédé Sylvester et les autres et peut être continuée plus longtemps. Des expériences ont montré que, la tête étant fortement redressée, l'épiglotte est soulevée et la glotte largement ouverte par ce procédé. (*Lancet*, mai.) Voy. Asphyxie.

RÉTINE. *Rouge optique* ou *rétinien.* Il se fait un grand bruit en Allemagne sur la découverte faite par Boll de cette coloration spéciale de la rétine, ou érytropsine, indiquée par H. Muller dès 1851 et qui s'observe surtout chez les animaux. Après sa communication faite à l'Académie des sciences de Berlin, le 12 novembre 1876, de nombreux expé-

rimentateurs se sont aussitôt mis à l'œuvre pour la vérifier, la contrôler et l'interpréter différemment. C'est là le caractère propre de la science allemande, qui se trouve ainsi sur son véritable terrain.

Cette coloration pourpre de la rétine est identique chez tous les animaux dans l'obscurité et disparaît graduellement à la lumière intense. Elle réside dans l'article externe des bâtonnets et varie d'intensité suivant l'épaisseur de leur couche ; elle diffère de celle de l'hémoglobine, à laquelle on l'avait d'abord comparée. Elle est un effet de la vie, car elle disparaît après la mort, comme sous l'action de la lumière directe du soleil. La lumière diffuse l'impressionne moins vivement, ainsi que la lumière colorée, comme des expériences répétées et très-précises le démontrent. L'auteur fait ainsi du rouge optique le siège de la réflexion de la lumière et de la perception des couleurs, théorie aussi abstraite et microscopique que toutes celles qui prennent naissance dans la brumeuse Allemagne. On ne sait encore ni de quoi dépend cette coloration, ni en quoi elle consiste, que déjà les interprétations de ses propriétés sont contradictoires. Les réactifs n'ont pu en déceler l'essence, et la compression entre les porte-objets du microscope suffit à la faire évanouir, et cependant c'est sur ces riens que les soi-disant positivistes allemands étayent leurs hypothèses du daltonisme, de l'empreinte de l'image des objets extérieurs sur la rétine.

Kuhne a communiqué au dernier Congrès des naturalistes allemands des expériences sur le lapin qui lui semblent démonstratives quant à l'optographie. Il a obtenu ainsi les images les plus variées sur la rétine... du lapin, du bœuf et de la grenouille. Quant à l'œil humain, rien n'est encore obtenu à ce sujet. J. Michel ayant extirpé le globe oculaire à la lumière du sodium, avec toutes les précautions nécessaires, à cause d'une tumeur orbitaire, n'a pu constater la présence du rouge rétinien. Helfreich, Dietl, Plenk n'ont pu le constater avec l'ophthalmoscope. Mais Adler semble l'avoir entrevu dans quelques cas pathologiques, ainsi que Schmidt-Kimper chez un amaurotique. (*Centralbl.*, nos 3, 4, 7, 11, 12, 14, 16, 23, 1877.)

Enfin Schenk et Zuckerkandl en ont constaté l'existence dans l'œil d'un pendu, deux heures trois quarts après la mort

(*Allgem. Wiener med. Zeitung*, n° 11, 1877), et Fuchs chez deux mort-nés. (*Wiener med. Wochensch.*, n° 11, 1877.)

Or, quand on sait par les récentes recherches de Krause, faites sur les différentes espèces d'animaux, depuis l'amphioxus jusqu'à l'homme, combien la structure, la constitution histologique de la rétine varie suivant les différentes classes de vertébrés, au point de suffire à les distinguer, est-on bien fondé, comme le font tous ces observateurs, à conclure de ce qui s'observe sur les animaux avec ce qui se passe chez l'homme ? Krause distingue ainsi trois couches différentes dans la rétine : une couche pigmentaire, qui se confond avec la choroïde; une couche épithéliale, composée de cellules-bâtonnets et de cellules-cônes, qui diffèrent entre elles par des grains, des fibres et des renflements, et la couche nerveuse sous-jacente, composée elle-même de plusieurs membranes, de vaisseaux, de cellules et de fibres. Et devant le désaccord des micrographes sur la continuité des cellules-bâtonnets de la couche épithéliale, affectées à la perception des impressions lumineuses, comme celle des cônes à la perception des couleurs, avec les fibres de la couche nerveuse du nerf optique, comment juger avec certitude du rôle du rouge rétinien ? Ce sont donc là pures études d'histoire naturelle, où rien ne se démontre directement, mais par simple analogie, induction ou hypothèse.

Il s'agit, en résumé, d'une coloration de la rétine dont on ne connaît pas encore bien le siège histologique précis, ni la nature. Des expériences ingénieuses de Kühne le font même sourdre de la choroïde, et persister sans la circulation et même après la mort, de même que dans certaines conditions de l'éclairage. Ces constatations ont même fait douter de sa réalité, et l'on s'est demandé si elle n'était pas un résultat photo-physique de la superposition, de l'empilement des minces lamelles des bâtonnets. Mais son apparence au microscope sur l'axe, aussi bien que sur la tranche de ces bâtonnets, a fait revenir à la théorie chimique, et c'est ainsi que Capranica, de Rome, l'assimile à la lutéine, matière colorante du sérum qui pâlit également sous les rayons solaires. Son intensité varie chez les différentes espèces d'animaux et paraît subordonnée aux milieux où ils séjournent et à l'action de la lumière solaire. Elle n'existe

ainsi sur la rétine humaine que dans certains cas pathologiques encore indéterminés. Il y a donc, sur ce sujet, plus d'études à faire que de conjectures à risquer, comme le font les observateurs allemands en se laissant aller dans le champ des hypothèses. (Voy. ACCOMMODATION.)

L'œil comme appareil photographique, par le docteur E. Masoin, professeur à l'Université de Louvain; brochure in-8 de 24 pages, avec planche coloriée du rouge rétinien et d'optogramme. Louvain, 1878.

Histoire très-bien présentée des faits précédemment exposés, en s'appesantissant spécialement sur les résultats optographiques obtenus par Kühne et sur les applications de cette photographie rétinienne à la physiologie oculaire et à la médecine légale. C'est dire que l'auteur prend fort au sérieux ces résultats informes, qu'il espère voir se perfectionner, au point que les assassins n'auraient qu'à tuer par derrière pour ne pas être photographiés sur la rétine de leurs victimes et reconnus comme tels ! ! !

RÉTRÉCISSEMENTS. Rétrécissements de l'urèthre. Un moyen très-simple de les vaincre par le cathétérisme est, suivant le docteur J. Guy, au moment où la bougie arrive sur l'obstacle, que le patient fasse un violent effort d'expulsion soutenue, comme s'il voulait pisser et déféquer, avec l'idée que cela va réussir. Placé debout, les jambes tournées en dehors et solidement appuyé, le malade, par cet effort, relâche ainsi les sphincters s'opposant à la sortie de l'urine et des fèces, en même temps qu'il contracte énergiquement les muscles qui président à leur expulsion. Depuis 1861 qu'il a recours à ce procédé, l'auteur s'en déclare très-satisfait. (*Lancet*, novembre.)

Dilatation ou uréthrotomie? Une discussion intéressante s'est élevée à l'Association médicale de New-York, le 24 mai dernier, d'après un mémoire du professeur Gross sur le *traitement rationnel de ces rétrécissements*. C'est un sujet de prédilection pour les chirurgiens new-yorkais, surtout depuis les nouvelles et étranges doctrines dont le docteur Otis l'a enrichi récemment. La goutte militaire — *the gleet* — en serait ainsi le constant et principal signe, même sans difficulté

d'uriner. De là leur siége ordinaire au méat ou son voisinage, et la différence de calibre de celui-ci avec celui de l'urèthre. (V. *années* 1874 et 1876.)

Leur traitement rationnel et exclusif est ainsi, pour M. Gross, la divulsion et l'uréthrotomie interne, qu'il combine ou emploie séparément, suivant les cas. Aucun homme, suivant lui, n'a jamais été guéri d'un rétrécissement par la dilatation graduelle, qu'on l'ait traité ainsi pendant dix semaines ou dix ans; après ce temps, le rétrécissement persiste toujours comme avant, s'il est examiné par des juges compétents; il se fait fort de le prouver. Il pourra bien n'y en avoir aucun symptôme, mais le rétrécissement existera. La dilatation est donc pour lui entièrement inutile, comme moyen de guérison. Elle peut rendre le bien-être au malade, jamais elle ne fera disparaître le tissu morbide. L'inflammation précède toujours la constriction, dit-il, et les plis longitudinaux de l'urèthre, en se confondant, ne peuvent plus lui donner le diamètre primitif, ni la distension qu'il doit avoir. Le seul moyen de lui rendre et de guérir, c'est la division, c'est l'uréthrotomie ou la divulsion, comme moyen temporaire, comme expédient. On rend ainsi à l'urèthre ses plis par la division même de sa paroi interne.

De là l'importance pratique accordée par le célèbre chirurgien, pour le diagnostic comme pour le traitement, à ne pas traiter un rétrécissement profond sans s'être assuré positivement qu'il n'en existe pas dans la partie antérieure, voisine du méat. L'uréthrite sub-aiguë, qu'il admet toujours comme inséparable du rétrécissement et qui préside au développement de la coarctation antérieure, peut déterminer un rétrécissement spasmodique des parties profondes, tellement que, en divisant le premier, les autres disparaissent spontanément. Dans plus du tiers des 67 rétrécissements relatés, le siége était près du méat.

La divulsion est ainsi de moins en moins employée, non à cause de ses mauvais résultats, mais de son action palliative. En laissant une bande sous-muqueuse, elle oblige le plus souvent à recourir ensuite à l'uréthrotomie. Elle n'est utile qu'au début de la rétention d'urine.

L'uréthrotomie interne est pratiquée après avoir atténué préalablement la sensibilité de l'urèthre et la disparition des spasmes et de l'hyperesthésie. Le méat est ordinairement

divisé pour l'introduction de l'uréthrotome spécial, quand le rétrécissement siège dans son voisinage ; mais, autrement, il a suffi de le dilater.

Sur 87 rétrécissements ainsi traités en ville chez 46 malades, tous ont guéri. Il n'y a eu qu'un seul cas d'hémorrhagie, et la fièvre uréthrale ne s'est montrée que dans les cas où l'urèthre n'avait pas été convenablement anesthésié. Sur 12 hommes traités à l'hôpital, au contraire, il en a perdu trois, atteints de néphrite.

Ces résultats sont donc la confirmation éclatante des nouvelles doctrines de M. Otis, et surtout des rapports des rétrécissements du méat avec les rétrécissements spasmodiques profonds. Aussi est-il venu affirmer à l'appui que, sur 600 rétrécissements opérés par lui, — la plupart siégeant au voisinage du méat, soit dans les trois premiers pouces, — il n'avait pas éprouvé un seul insuccès chez les 400 malades ainsi traités. Dans un grand nombre de ces cas, des rétrécissements profonds étaient soupçonnés, mais il lui a suffi de détruire les premiers pour voir s'évanouir les seconds. De là son opposition à l'uréthrotomie profonde, sinon quand elle est rendue absolument nécessaire par insuccès de l'uréthrotomie de la partie antérieure, bien entendu.

On comprend l'opposition élevée contre de pareils systèmes, découlant du positivisme moderne, qui ne veut croire qu'à ce qui se démontre par poids et mesures. Le docteur Keyes les a bien ridiculisés en montrant que le premier axiome en chirurgie uréthrale est de ne combattre une lésion, un accident que si les symptômes en décèlent l'existence, tandis que, pour se conformer aux idées de M. Otis, il faudrait inspecter chaque urèthre mâle et avoir une armée de praticiens spéciaux destinée à cet examen des rétrécissements. La dilatation graduelle lui semble encore la meilleure méthode de traitement, et il a pu laisser ses malades ainsi traités, exempts d'aucun symptôme morbide, sans s'inquiéter du calibre de leur urèthre. La thérapeutique consiste surtout à combattre les symptômes douloureux des maladies. Quand des hémorrhoïdes ou une hypertrophie de la prostate existent sans trouble, est-il nécessaire d'intervenir ?

Il a employé l'uréthrotomie interne et la divulsion quand elles étaient nécessaires, la première dans la portion anté-

rieure de l'urèthre, la seconde contre les rétrécissements profonds; mais aucune n'est d'une application générale. Il a eu une mort par la divulsion, et il croit que la dilatation graduelle est encore la plus sûre à employer.

Le docteur Mastin de Mobile préfère aussi la dilatation; mais, comme la plupart des rétrécissements siègent dans la partie antérieure, il emploie souvent l'uréthrotomie. Il a eu 10 morts par 1000, mais sans un seul décès sur 291 cas.

Cette statistique, dit le docteur Weir, ne permet pas de juger de la gravité de cette opération, car les rétrécissements de la partie antérieure ne sont pas en général très-serrés et peuvent être divisés presque avec impunité, tandis qu'il en est tout autrement de ceux de la portion profonde. Pendant son séjour dans les hôpitaux de New-York, il en a uréthrotomisé 150 cas avec 14 décès. 31 siégeaient à la jonction des régions bulbo-membraneuses, et les autres dans la partie antérieure; 22 admettaient seulement une bougie filiforme. Sur 28 uréthrotomies externes, il a eu 6 morts.

Il n'y a donc pas lieu de rejeter absolument la dilatation, dit le docteur Gouley; les Français ni les Anglais ne l'ont jamais abandonnée, pas plus que les Américains, et il y a toujours lieu d'y recourir suivant la nature des rétrécissements. Ceux d'origine idiopathique ou dépendant de l'uréthrite exigent un traitement différent de ceux d'origine traumatique, et leur siège en est surtout une indication spéciale. Les rétrécissements récents sont très-bien guéris par la dilatation graduelle, et les anciens doivent toujours y être soumis. Ce n'est souvent qu'après des semaines qu'on arrive à un résultat. Ce n'est pas seulement le rétrécissement qui est dilaté par cette opération, suivant le docteur Wywodsoff, mais jusqu'aux fibres sous-muqueuses. C'est ainsi que, portée aussi loin qu'elle doit être, la dilatation graduelle agit comme la divulsion. Des rétrécissements traités depuis dix à douze ans n'ont eu aucune récidive. C'est donc un moyen de guérison. Il n'y a aucune attention à donner au méat, sinon que de le dilater ou de l'inciser pour admettre le cathéter du volume nécessaire.

La divulsion est utile dans les rétrécissements indurés de la région périnéale, mais très-dangereuse pour ceux de la partie spongieuse. Sur plus de 300 cas où il l'a employée, en commençant par une bougie filiforme jusqu'aux n°s 14 et 15,

il n'a eu que des succès sans besoin de l'uréthrotomie. Son habitude est de dilater le rétrécissement beaucoup plus que le calibre normal de l'urèthre.

Depuis 1851 qu'il a vu pratiquer la première fois l'uréthrotomie interne à Bellevue hospital, M. Gouley n'a trouvé l'indication de la faire que 43 fois. Il n'en rejette donc pas l'emploi, mais il croit que l'on doit être très-réservé à cet égard. (*Boston med. and surg. journal*, juin, nº 23.)

On voit que, malgré les innovations souvent inconsidérées des chirurgiens actuels, les vrais principes sont encore en honneur dans le nouveau monde comme dans l'ancien.

Le docteur Brinton a tenté de juger la question, en communiquant à la Société pathologique de Philadelphie 6 observations mortelles, recueillies dans sa pratique hospitalière, dont 2 à la suite de l'uréthrotomie interne et 4 après la dilatation plus ou moins forcée. Rien de semblable au contraire ne lui est arrivé en ville, sur 68 rétrécissements traités. Survenus de cinq à sept ans après la gonorrhée, ils siégeaient pour les deux tiers dans la région bulbo-membraneuse. Sur 7 cas d'uréthrotomie avec dilatation, la fièvre eut lieu 3 fois et dans tous les cas d'uréthrotomie seule, de même que dans ceux de section périnéale. 12 cas traités par la divulsion de Holt donnèrent 8 fois la fièvre et autant sur 22 cas de dilatation graduelle. Sans tenir compte des conditions locales et individuelles, la dilatation graduelle est donc la moins dangereuse de toutes les méthodes, comme elle est aussi la moins efficace, selon M. Gross.

D'après ce chirurgien, toutes les opérations pratiquées sur l'urèthre à l'hôpital sont mortelles, dès que d'autres parties de l'appareil génito-urinaire sont atteintes. La plupart de ces malades n'entrant à l'hôpital qu'après être très-dégradés, un simple cathétérisme suffit parfois. Sur 23 rétrécissements traités à l'hôpital, il a eu trois morts après l'uréthrotomie interne et une après la divulsion, tandis que, sur 76 rétrécissements traités en ville, dont 47 par l'uréthrotomie et 29 par la divulsion, il n'a perdu aucun malade. De là sa pratique de donner toujours une dose de quinine avant toute opération sur l'urèthre et une injection hypodermique morphinée ensuite.

Quant à cette objection que les cicatrices de la muqueuse uréthrale après sa division doivent amener des récidives du rétrécissement, il y a d'abord ce fait que l'introduction con-

sécutive et journalière de bougies tend à la prévenir. De plus, il a été constaté par le microscope, dans plusieurs cas, que les fibres élastiques prédominaient dans ces cicatrices. Elles s'élevaient jusqu'à 67 pour 100 dans un cas. Ce serait donc là une découverte importante, si elle se confirme, car sir H. Thompson a nié l'existence de ces fibres élastiques dans ses dernières publications. (*Idem*, octobre, n° 18.)

Dilatateur Holt. Les succès rapides, instantanés, obtenus avec cet instrument en Amérique, viennent d'avoir leur critérium à Philadelphie, sur un homme de 35 ans, vigoureux et en parfaite santé, sauf un rétrécissement uréthral étroit. Une rapide dilatation fut exécutée par un habile professeur devant les élèves, et, le soir même, il urinait à plein jet; mais, peu de temps ensuite, il fut pris d'un violent frisson et succomba dix-huit heures après l'opération. C'est évidemment là le résultat d'une dilatation forcée, dont l'autopsie n'a pas constaté les lésions. (*Boston med. and surg. journ.*, n° 26.)

Rétrécissements du larynx. Deux cas ont été observés et relatés par le docteur P. Koch, chez deux garçons de 18 à 19 ans, consécutivement aux ulcérations laryngiennes de la fièvre typhoïde. Le premier a dû être trachéotomisé un an après par suite des accidents. Une myopathie cicatricielle existant dans le second cas après deux ans, et la vie étant possible et supportable avec les accidents, la trachéotomie est différée. Aussi l'auteur pose-t-il en précepte, malgré ces deux exemples, de pratiquer cette opération aussitôt que possible et dès qu'il y a ulcération. (Voy. FIÈVRE TYPHOÏDE.)

Un nouveau dilatateur a été imaginé par le docteur Wistler. C'est une espèce de cathéter métallique courbe, monté sur manche et terminé par un dilatateur en forme d'olive ou d'amande qui permet de le faire pénétrer facilement dans la glotte.

Son diamètre antéro-postérieur est de 16 millimètres et de 10 transversalement, sur une longueur de 34. Une lame, mue par un levier placé sur le manche, est placée à sa partie antérieure. On peut ainsi le diriger dans tous les sens, selon les besoins. Il trouve spécialement son emploi contre les sténoses et les rétrécissements par adhérence du bord antérieur des cordes vocales. (*Med. Times*, décembre 1877.)

Rétrécissements de l'œsophage. *Gastrotomie suivie de succès.* Voy. ŒSOPHAGE.

RÉUNION IMMÉDIATE. Sans tenir compte des succès obtenus par cette méthode dans la désarticulation de la hanche, ni des perfectionnements récents qui y ont été apportés par les sutures profondes, le drain, les pansements par occlusion, phéniqué et ouaté, M. Verneuil prétend qu'elle doit être abandonnée, au moins dans cette désarticulation, parce qu'elle favorise la rétention des liquides et leur altération, c'est-à-dire la septicémie consécutive qui en est la conséquence. Son principe est ainsi mis en cause, bien que l'auteur ne s'appuie que sur un résultat heureux de cette opération pour repousser les procédés à lambeaux ovalaires, latéral ou antérieur, employés pour l'obtenir plus sûrement. Partant de ce fait que ces opérés meurent exsangues par le sang répandu ou emprisonné et la septicémie, l'infection purulente consécutives, le savant chirurgien pense qu'il est permis, par l'ischémie qui s'obtient aujourd'hui avec la bande élastique, de recourir à un procédé plus sûr, à un pansement plus efficace. (Voy. DÉSARTICULATION, PANSEMENTS.)

Un tollé général a répondu à cette prétention. Les uns ont qualifié ce procédé d'impossible; les autres ont regardé le pansement comme l'effet d'un pas en arrière. M. Trélat surtout a réclamé hautement en faveur de la réunion primitive, qu'il croit devoir être le but, le moyen, l'agent nécessaire de la guérison après les amputations. La vraie réunion ne consiste plus aujourd'hui, comme autrefois, à mal tailler les lambeaux, à les rapprocher et les affronter inexactement. Les sutures étaient faites avec d'énormes épingles et des fils ressemblant à des cordages. Pas de compression ni d'immobilisation des tissus; on faisait un pansement large, et l'on attendait que *ça prenne*.

Au contraire, c'est en organisant parfaitement l'écoulement des liquides par le drainage; en assurant l'exact affrontement des lambeaux par des sutures superficielles et profondes, sans laisser le moindre corps étranger dans leurs intervalles, intérieur ou extérieur, pas le moindre caillot de sang ni aucune accumulation de liquide; en remplaçant les fils à ligature par la torsion des grosses artères et la for-

eipressure pour les petites ; à une douce compression des tissus par la ouate et à leur immobilisation, qu'on la réalise si souvent. C'est à ces soins minutieux et attentifs, avec perfectionnement des procédés et de l'outillage, que l'on est arrivé à en faire une méthode excellente, bien plus propre à prévenir la septicémie que tous les antiseptiques.

On dit que la réunion primitive est impossible dans l'atmosphère des grandes villes. Bien des faits prouvent le contraire. Une amputation de cuisse a guéri tout récemment à Paris en cinq jours, chez un individu épuisé par une longue et abondante suppuration. L'immobilité parfaite des parties réunies, réalisée merveilleusement par le pansement ouaté, est surtout essentielle. Les produits cellulaires figurés que sécrètent les deux surfaces tranchées sont assez abondants pour que la couche mince qu'ils forment soit rapidement envahie par des culs-de-sac vasculaires devant assurer leur évolution dans le court espace de quarante-huit heures. Si l'immobilité n'est pas maintenue pendant ce temps entre les parties réunies, la réunion immédiate avorte fatalement. Ces conditions réalisées, au contraire, la septicémie n'est plus à craindre, car il n'y a plus ni production, ni rétention, ni altération des liquides qui l'engendrent. C'est ainsi que la plupart des chirurgiens, qui naguère la trouvaient détestable, l'adoptent et la pratiquent aujourd'hui avec ces perfectionnements.

La pratique des chirurgiens de Bordeaux est moins le pansement antiseptique que la réunion primitive, bien conçue et bien exécutée. Avec elle, l'infection purulente a disparu de la pratique hospitalière à Lyon, suivant M. Letiévant.

La méthode phéniquée de Lister constitue un des points importants de la réunion immédiate. MM. Guyon, à Paris, Wolkmann, à Halle, Bœckel, à Strasbourg, l'emploient ainsi, et il n'est pas de chirurgien listérien qui ne soit partisan de la réunion primitive ; mais la phénication n'est pas indispensable à sa réalisation. On l'obtient sans antiseptique. Ce qui importe est d'abréger la cicatrisation et de supprimer ces foyers énormes de suppuration qui épuisent les opérés, compromettent et retardent leur guérison. (*Acad. de méd.*, 29 janv.)

RHUMATISME. *Alcalinité du sang.* Des recherches sur les variations de cette alcalinité dans les maladies, suivant

un procédé spécial (V. Sang), ont montré au professeur Lépine, de Lyon, qu'elle est toujours au-dessous de l'état normal dans le rhumatisme chronique. Chez 16 personnes bien portantes, cette alcalinité a varié de 528 à 737 milligrammes de carbonate de soude par 100 c. c. de sang. Elle augmente toujours après le repas dans la proportion d'un cinquième environ. Elle n'était pas sensiblement modifiée dans le rhumatisme articulaire aigu ; mais elle est tombée à 390 milligrammes de carbonate de soude dans le rhumatisme chronique et n'atteignait que 500 au maximum. Sa diminution est donc la règle. (*Essai sur l'alcalinité du sang dans l'état de santé et dans quelques maladies*, thèse inaugurale, par le docteur Canard, Paris.)

Salicylate de soude. Les mêmes divergences d'interprétation qu'à Paris se sont produites à Lyon sur la valeur anti-rhumatismale de ce médicament, d'après son usage à différentes doses. M. le professeur Teissier a pris la direction de ce mouvement, comme M. Sée ici. Après une vingtaine de rhumatismes articulaires traités en ville et à l'hôpital, il a proclamé que c'était là une des plus belles conquêtes de la thérapeutique pendant ces dernières années, mais avec cette différence qu'au lieu des doses de 10 à 12 grammes par jour, préconisées à Paris, M. Teissier la fixe à 6 grammes seulement. Il a vu des doses plus élevées chez quelques personnes délicates, les femmes nerveuses notamment, produire des accidents graves qui forçaient d'interrompre le remède et amenaient ainsi des récidives.

Après la note laissée sur ce sujet à Paris par M. Lépine avant son départ, on comprend qu'il ne pouvait lutter avantageusement sur ce terrain avec son collègue. Néanmoins quelques médecins ont reconnu la nécessité de ces hautes doses. Contre un rhumatisme polyarticulaire, chez un homme habituellement rhumatisant, et qui s'accompagnait de douleurs intolérables, le docteur Rieux a donné graduellement 8, 10 et 12 grammes de salicylate étendus dans de l'eau de Vichy, pour descendre à 10 et 8 grammes les jours suivants. Le pouls, qui était à 105, et la température à 38°,9, sont tombés dès le deuxième jour à 85 et à 37°,5. La douleur a disparu dès la deuxième dose, et, quatre heures après, les fluxions articulaires se sont résolues rapidement. La maladie n'a

duré en tout que huit jours, chez un homme qui restait plus de trois semaines alité dans les attaques antérieures.

MM. Rodet, Alix, Gignoux ont aussi été obligés de porter la dose à 10 grammes. Suivant ce dernier, qui a fait un article très-précis à ce sujet, « c'est la dose moyenne la plus rationnelle pour le rhumatisme polyarticulaire aigu de l'adulte. C'est une dose suffisante, exempte de danger. Traiter un tel rhumatisme avec 4 grammes, c'est ne rien faire, comme nous en avons été témoin bien des fois. C'est comme si l'on voulait couper un accès de fièvre pernicieuse avec quelques grains de sulfate de quinine ou réduire l'hyperthermie du début d'une fièvre typhoïde grave avec des bains à 26 ou 28 degrés. Plus élevée est la dose, plus fréquent est le succès. Tel qui n'ose pas dépasser 6 grammes réussit deux fois sur trois ; tel autre qui va jusqu'à 8 réussit trois fois sur quatre. Celui qui ne craint pas d'aller à 10 ou 12 a quatre succès sur quatre, surtout s'il a la chance d'assister au début de la maladie. Quelques-uns — c'est le petit nombre — donnent des doses progressives, commençant par 3 ou 4 grammes, pour n'arriver qu'au bout de quelques jours aux doses efficaces. Mauvais système. On perd ainsi le précieux avantage qu'on a trop rarement de pouvoir traiter un malade dès le début. » (*Lyon méd.*, n° 2.)

C'est évidemment là la note de la jeune école. M. Teissier est plus réservé et modéré dans les doses. L'action du salicylate sur le cœur rendue manifeste par des palpitations, la dépression et l'irrégularité du pouls, se traduisant dans les tracés sphygmographiques, tandis que l'usage de la digitale les rend aussitôt plus tendus, réguliers et sans dicrotisme, comme il en fournit les preuves, commandent impérieusement cette modération. Autrement, on est obligé de suspendre l'usage du sel, et de là des récidives du mal, qui se montrent fatalement, comme il en donne plusieurs exemples, car, dit-il, « c'est un tort de proclamer que le rhumatisme se guérit en quarante-huit heures. »

Le dosage est donc le point essentiel ici, d'autant plus qu'il est unanimement reconnu aujourd'hui que ce sel n'a d'action que sur la douleur et nullement sur la diathèse rhumatismale. Il faut donc le donner d'emblée à assez haute dose pour calmer celle-ci et en continuer assez longtemps l'usage, à dose décroissante, pour l'empêcher de reparaître pendant

toute la durée de la diathèse. Tout le succès est là. Donné à trop faible dose, il n'agit pas. C'est ainsi que donné à trois reprises différentes à un médecin de 64 ans, pour un rhumatisme goutteux, à la dose de 3 à 5 grammes pendant neuf à dix-sept jours consécutifs, il n'en retira aucun avantage, ni sur l'intensité des douleurs, ni sur leur durée.

Est-ce à dire, avec M. Diday, qu'il faut craindre son action, ne pas jouer ainsi avec le rhumatisme et attendre la fin? Nullement. S'il est quelques cas de rhumatisme réfractaires au salicylate, il est admis généralement qu'il calme les douleurs dans le plus grand nombre, sans aucun danger pour les malades, si la dose n'en est pas exagérée. Le développement coïncidant d'une pleurésie, dans trois cas relevés par M. Alix, ne peut guère être mis sur son compte. Le principal résultat de cette nouvelle discussion académique avec les faits à l'appui est donc de l'administrer hardiment dans le rhumatisme articulaire aigu, à une dose variant de 6 à 10 grammes par jour, très-dilué, et après examen de l'état des reins, dont la maladie exclut l'usage. (*Soc. de méd.*, février, et *Lyon méd.*, n°s 10 et 12.)

C'est à la dose de 1 gramme 50 à 2 ou 3 grammes d'acide salicylique par jour que le professeur Fabre a employé cette médication à l'Hôtel-Dieu de Marseille, et cela constamment avec succès, sans récidive dans 5 cas de rhumatisme polyarticulaire aigu chez des sujets jeunes, dont le docteur Garcin relate les observations. S'il en était toujours ainsi, il serait beaucoup plus simple et plus court d'administrer cet acide en potion, pendant cinq à huit jours, que le salicylate de soude en lavage, qui ne guérit qu'à haute dose et en un temps plus long. Mais on donne la préférence à celui-ci, à cause de son innocuité sur l'estomac, bien qu'aucun accident n'ait été observé dans les cas précédents. (*Journ. de thérap.*)

En Angleterre, ses indications se précisent surtout dans la forme aiguë avec température élevée, soit 103° F., de vives douleurs avec rougeur des articulations atteintes. Son action serait aussi rapide, sûre et marquée, dans ces cas, qu'elle est incertaine, lente ou peu marquée dans les formes chroniques avec température à 99°; peu ou pas de rougeur des jointures douloureuses. (*Lancet*, novembre, n° 18.)

D'après les observations personnelles de M. J. Besnier sur la durée de la maladie, elle n'est, en réalité, qu'exception-

nellement abrégée par l'influence de ce médicament. Son introduction dans les hôpitaux militaires n'a pas diminué le séjour des rhumatisants dans les salles. Aucun de mes malades, dit M. Lereboullet, n'a présenté des complications cardiaques. Un seul a été atteint de pleurésie rhumatismale. Mais si le salicylate a très-manifestement calmé les douleurs et empêché peut-être les complications viscérales, il n'a, dans aucun cas, abrégé la durée de la maladie, ni la durée du séjour des malades à l'hôpital. Il semble plutôt en avoir plongé quelques-uns dans un état d'anémie plus durable que ceux qui avaient été traités autrement. (*Rapport des maladies régnantes*, 1er trimestre.)

L'analyse du cas de rhumatisme cérébral développé après l'emploi des hautes doses (voy. RHUMATISME CÉRÉBRAL) a fait penser à M. Roberdeau, qui l'a observé, que cette médication peut favoriser les accidents cérébraux par son action perturbatrice sur les fluxions articulaires, au moins dans les cas de rhumatisme liés à une prédisposition diathésique héréditaire confirmée et aux accidents cérébraux, comme dans l'exemple suivant. C'est la condition la plus favorable à la mobilité du rhumatisme, et c'est toujours en progressant du dehors au dedans qu'il provoque des complications viscérales. Les épistaxis se manifestant dès le début de l'emploi du salicylate, et des hallucinations coïncidant avec les autres troubles des sens, comme bourdonnements d'oreilles, surdité, bruissements, sont, pour ce judicieux observateur, une indication de ne pas insister sur les hautes doses, dès que l'action analgésiante est obtenue, c'est-à-dire la cessation de la douleur. Il faut alors en diminuer, sinon en supprimer l'emploi. Autrement, on ne peut reconnaître l'instant précis où finit le délire salicylique, ni celui où commence le délire du rhumatisme cérébral, d'autant moins que le salicylate n'a pas d'action sur la température. On peut ainsi méconnaître le début des accidents cérébraux et laisser passer le moment propice de les prévenir ou en atténuer l'intensité par une médication appropriée.

Il est donc prudent, avant d'instituer la médication salicylique, de rechercher avec soin si le rhumatisme est constitutionnel, et les prédispositions particulières du système nerveux ; en cas d'affirmative, de n'employer le salicylate

que pour calmer les douleurs, d'en diminuer aussitôt notablement la dose pour prévenir la récidive, et de le supprimer définitivement dès l'apparition des symptômes du rhumatisme cérébral. (*Recueil de méd. et chir. militaires*, n° 184, mai.)

Périostite phlegmoneuse. Cette grave complication a été observée par le docteur Roberdeau chez le jeune sous-lieutenant d'artillerie de Fontainebleau et a été la cause de sa mort. Le rhumatisme articulaire avait été combattu efficacement par le salicylate de soude et celui du cerveau par les bains froids; le malade semblait sauvé après une nuit et une journée entière passées dans des conditions satisfaisantes, lorsque la température, restée à 39°, se relève tout à coup à 40°.8, au sortir d'un assoupissement. Un délire bruyant, furieux, éclate, et, trois heures après, on trouve une collection purulente considérable ayant décollé tous les muscles du mollet et qui noie pour ainsi dire l'articulation du genou, primitivement atteint de rhumatisme, sous une nappe de pus. Il est vrai qu'un vésicatoire était resté appliqué là pendant vingt-quatre heures pour rappeler le rhumatisme durant l'usage des bains froids. Le pus est évacué, sans que l'on constate de dénudation osseuse, ni la présence de gouttelettes huileuses dans le pus, indiquées par M. Chassaignac comme le caractère distinctif de la périostite phlegmoneuse. On croyait encore à un simple phlegmon diffus, lorsque des taches marbrées et violacées apparaissent à la partie inféro-interne du genou avec crépitation du tissu cellulaire sous-cutané. La dénudation du tibia est constatée, et, trente heures après, le malade, épuisé par la triple médication successive, et des plus énergiques, de salicylate, de sangsues et de huit bains froids, d'un vésicatoire à demeure et des incisions multiples, succombe à une infection purulente. D'où cet enseignement que ce n'est pas en jugulant les symptômes morbides, par une thérapeutique des plus actives, que l'on détruit le mieux l'essence intime du mal, mais que l'on s'expose ainsi à faire naître des complications fatalement mortelles. (*Idem.*)

Rhumatisme cérébral. *Bains froids.* L'action héroïque de ce moyen est si saisissante dans l'observation de ce jeune

sous-lieutenant d'artillerie de Fontainebleau, parfaitement recueillie et cliniquement interprétée par le docteur Roberdeau, qu'il est utile de la signaler à ceux qui en doutent encore ou qui hésiteraient à employer cette médication. Agé de 22 ans, le malade, fort et vigoureux, d'un tempérament bilioso-sanguin, avait une hérédité rhumatismale manifeste. Pris d'un embarras gastrique, le 14 août 1877, il en était guéri le 16, malgré la teinte ictérique de la peau. Aussitôt éclate un rhumatisme articulaire du genou gauche. On donne le salicylate de soude, qui produit son effet ordinaire; mais le pied se prend, dès le 19, et le salicylate est repris à si haute dose que 21 grammes en sont absorbés en trois jours.

Outre les phénomènes ordinaires de ce médicament sur le cerveau, il est à remarquer que des épistaxis répétées et abondantes s'étaient manifestées pendant son emploi. L'auteur est donc disposé, surtout d'après ce signe, à lui attribuer, comme M. Guéneau de Mussy et quelques autres cliniciens, une certaine action dans le développement du rhumatisme cérébral, qui se montra aussitôt. Au délire violent succède promptement le coma, et, malgré l'application de douze sangsues aux apophyses mastoïdes et un abondant écoulement de sang, l'état du malade est si grave, le 21 août, que la mort paraît inévitable dans la journée. Température de 41°,8, pouls à 130.

C'est alors que le malade est plongé comme un cadavre dans un bain à 25° C., que l'on abaisse graduellement à 16 ou 18 avec des affusions froides sur la tête. L'insensibilité est telle, qu'il ne manifeste aucune réaction. Une heure après, il est retiré du bain avec une température de 38°,5; pouls à 105. Mais, en remontant bientôt, un second bain est donné une heure vingt minutes après, et l'on constate, dès ces deux premiers bains, une amélioration graduelle, et pour ainsi dire mathématique, de tous les symptômes, en en sortant. Ils sont ainsi continués jusqu'à huit, et à chacun l'amélioration est croissante, tellement que, le 23, la connaissance est revenue, les réponses sont nettes, le sommeil calme et réparateur. Dès le lendemain, il prend du bouillon, du café, du vin, qu'il digère parfaitement, et la guérison était complète, malgré une température de 39°,4 et un pouls à 80, lorsqu'un phlegmon diffus se déclare autour du genou,

puis une périostite phlegmoneuse rhumatismale qui, malgré tous les soins, enlève le malade par infection purulente, le 12 septembre. (*Idem.*)

C'est donc là une observation à consulter pour se convaincre de l'effet évident des bains froids sur le rhumatisme cérébral, et pour décider si le salicylate de soude, à haute dose, peut y donner lieu. (Voy. RHUMATISME.)

Rhumatisme spinal. Cette nouvelle espèce morbide est à peine reconnue et admise que les cliniciens minutieux et soi-disant exacts, positifs, dans leur empressement à tout classer et diviser d'après les faits et les signes les plus vagues, en font déjà contradictoirement deux formes distinctes : le rhumatisme à localisations spinales, et les myélites à manifestations rhumatoïdes. En voici les distinctions subtiles.

M. Vallin relate trois observations recueillies au Val-de-Grâce sur des hommes rhumatisants qui, après s'être refroidis, ont présenté primitivement des signes de congestion spinale : hémiplégie ou paraplégie passagère, pendant quatre à cinq jours, avec ou sans hyperesthésie, suivie bientôt de douleurs articulaires et d'accidents cardiaques qui en ont fait admettre la nature rhumatismale. A défaut d'accidents cérébraux, l'anesthésie, la parésie, la contracture, observées du côté droit seul, furent même rapportées à cette cause dans un cas ; mais cette opinion ayant été abandonnée depuis, il ne reste que les deux autres, dans aucun desquels les lésions du rachis ne furent constatées.

Par opposition, M. Rendu relate une observation où, après des douleurs articulaires avec gonflement chez une femme de 36 ans, il survint rapidement des eschares du sacrum et des talons, puis de la paraplégie indiquant une myélite centrale. Et, de fait, on constata à l'autopsie trois foyers d'un pus jaune verdâtre concret sous l'arachnoïde, dans la région postérieure de la moelle, avec turgescence et varicosité des vaisseaux correspondants. (*Soc. méd. des hôp.*; février.)

Ces faits sont donc contradictoires. Si la myélite centrale peut être précédée de douleurs articulaires avec gonflement, pourquoi n'en serait-elle pas suivie également sans se rattacher au rhumatisme ? Ces cas, comme les précédents de

rhumatisme spinal, s'en distinguent surtout par l'abaissement de la température, contrastant avec l'extrême fréquence du pouls. Le traitement de ces cas obscurs ne peut d'ailleurs servir de critérium au diagnostic, en vertu de l'adage latin, car il n'en est pas question.

Le docteur Lafargue a rapporté de même, en 1877, l'observation d'un enfant rhumatisant, dont les parents l'étaient de même, qui fut pris subitement, étant dans son lit, d'une paraplégie complète, en accusant une vraie douleur dans la région lombaire qui partait du rachis, s'étendait en ceinture sur les flancs et l'étreignait comme un étau. Au-dessous, perte des mouvements et de la sensibilité, paralysie de la vessie et du rectum. La partie supérieure était intacte, sans vomissements ni céphalalgie. Respiration normale ; déglutition facile. Le moindre mouvement des bras ou de la partie supérieure du corps réveillait la douleur lombaire. De là son immobilité.

Après des alternatives d'amélioration et de rechutes sous forme d'accès, paraissant se porter sur le cerveau ou ses membranes, la paraplégie diminua et augmenta alternativement sans guérir complétement. (*Rev. méd. de Toulouse*, novembre.)

On voit tout ce qu'a d'obscur encore ce diagnostic de rhumatisme spinal ou de myélite rhumatoïde. Ce n'est guère que l'autopsie qui puisse venir l'éclairer.

S

SANG. Son acidité étant incompatible avec la vie et son excès d'alcalinité amenant bientôt l'anémie, il est très-important de constater les modifications qu'il subit à cet égard, aussi bien dans l'état de santé que celui de maladie. On sait déjà que, à l'état physiologique, l'exercice musculaire diminue son alcalinité, et que l'acidité de l'urine augmente ; mais on ignore les changements apportés par le travail cérébral, l'inanition, le sommeil, l'alimentation. Bien plus utiles et importantes seraient encore ces recherches dans l'état pathologique. Les troubles fonctionnels de tel ou tel organe peuvent amener des modifications alcalines ou aci-

des qui deviennent autant d'indications thérapeutiques.

L'examen de la réaction du sang a été ainsi entrepris par le professeur Lépine dans son service clinique de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Une teinture de tournesol sensible, dont la teinte violacée sur la limite de l'alcalinité et de l'acidité permet de reconnaître très aisément une trace de base ou d'acide, lui sert à imprégner le papier blanc de Berzélius, qui, séché, devient le réactif. Une solution titrée d'acide oxalique au millième et une autre solution saturée et neutre de sulfate de soude servent à mesurer le degré exact d'acidité ou d'alcalinité.

Il suffit, pour avoir du sang d'un malade, de serrer la phalange d'un doigt avec une lanière de caoutchouc pour faire affluer le sang à l'extrémité. Une piqûre avec la lancette, au niveau de la matrice de l'ongle, donne bientôt un à deux centimètres cubes de sang, que l'on recueille dans un dé évasé de cinq à six centimètres cubes de capacité et contenant préalablement un centimètre cube exact de la solution neutre de sulfate de soude. Il suffit de mesurer le volume du mélange avec une pipette divisée en 20e de centimètre cube, pour avoir le volume total du sang extrait, en en défalquant par la soustraction la solution sodique.

Une goutte de ce sang, portée avec une pointe de verre sur le papier de tournesol préparé et mouillé dans une solution de sel marin, permet de voir les globules réunis au centre d'une auréole qui accuse sa réaction alcaline par une teinte bleue manifeste sur le papier qui tranche sur son fond violacé.

On peut avoir la richesse alcaline de ce sang en l'acidifiant graduellement avec la solution d'acide oxalique. 10 gouttes portées dans le sang avec une pipette et agitées donnent ainsi une réaction alcaline, moins prononcée avec une goutte portée sur le papier, et ainsi de suite jusqu'à réaction acide, ce qui forme une échelle de réaction donnant exactement, par le nombre de mélanges successifs, le degré d'alcalinité du sang. (*Revue mensuelle de méd. et chir.*, juin.)

Les premiers essais faits dans cette voie sont consignés dans la thèse inaugurale du docteur Canard. (Voy. RHUMATISME.)

Il se confirme que sa richesse n'est pas en proportion du nombre des globules rouges, mais de la richesse de ceux-ci

en hémoglobine, selon l'idée émise par M. Hayem. MM. Hanot et Mathieu ont constaté ainsi, par l'examen hématométrique du sang de trois jeunes chlorotiques, que, à la suite d'un accès de fièvre ou d'une perte utérine, les gros globules sont remplacés par des petits, alors que l'excrétion journalière de l'urée, en rapport avec leur richesse en hémoglobine, continue à augmenter. Il suffirait donc, dans les maladies à manifestations anémiques et sans fièvre, de suivre la progression de l'urée pour avoir la mesure indirecte de la réparation globulaire. (*Archiv. de méd.*, décembre 1877.)

Les variations suivantes des globules ont été constatées par M. Dupérié par le procédé de numération Hayem :

La menstruation provoque la formation d'un très-grand nombre de petits globules rouges. Et, tandis que ces globules augmentent par le jeûne, le repas en amène la diminution et l'augmentation des blancs.

Le régime azoté n'exerce pas d'autre influence qu'un régime mixte, tandis que le régime végétal et surtout lacté augmente les globules blancs, comme on pouvait le prévoir. (*Thèse inaugurale*, Paris.)

Recherches sur l'anatomie normale et pathologique du sang, par G. Hayem ; un vol. Paris. Réunion de tous les travaux publiés séparément par l'auteur sur la numération des globules, le dosage de l'hémoglobine, du sang dans les anémies, ses caractères chez le nouveau-né et la signification des globulins.

SARCOMES. La température de ces tumeurs peut être parfois supérieure à celle des autres parties du corps. Mesurée par le docteur Estlander dans six cas qu'il rapporte, elle fut trouvée supérieure de 0°, 8 à 1°, 5 à celle des parties correspondantes de l'autre côté du corps. Il s'agissait, dans quatre cas, d'ostéo-sarcomes des membres inférieurs à marche rapide. Malgré l'amputation dans deux cas, un seul opéré guérit, et l'enchondrome prédominait dans la tumeur. Le sarcome développé sur une ancienne brûlure du thorax ayant été extirpé guérit aussi, de même que celui du maxillaire inférieur après résection. C'est donc trois guérisons et trois décès rapides, dont deux sans opération.

Cette augmentation locale de la température ne dépendait pas de l'inflammation de la peau, car elle n'existait dans aucun cas. L'élévation était parfois au-dessus de la température normale du sang artériel. Elle serait, suivant l'auteur danois, un signe de la rapidité du processus morbide, comme on l'observe souvent dans ces tumeurs. Ce serait donc un signe de la croissance rapide de ces néoplasmes. (*Nordkist medicin. Arkiv*, n° 4, 1877.)

Au lieu de la température locale, c'est la fièvre que M. Verneuil a constatée dans deux sarcomes de la cuisse gauche, l'un sur un homme de 51 ans, l'autre sur une femme de 55. La température irrégulière variait du matin au soir de 37 à 39 et au-dessus, c'est-à-dire d'un degré et demi environ, sans que rien dans la tumeur en rendît compte. Le sulfate de quinine, administré au début, ne changea rien. Au contraire, la désarticulation coxo-fémorale faite dans le premier cas et l'amputation dans le second amenèrent immédiatement l'abaissement de la température de 36°, 6 à 36°, 4. Elle se releva sans doute avec la fièvre traumatique, mais sans que les accès rémittents aient reparu.

Il en fut de même dans le cas de sarcome à cellules rondes, développé sur une ancienne brûlure du thorax. La tumeur mesurait 18 centimètres de circonférence et 9 1/2 de hauteur. La température à sa surface s'élevait à 38°, 7, de même que dans l'aisselle, tandis qu'elle n'était que de 37°, 1 du côté opposé. Il y avait donc fièvre. Deux jours après l'extirpation, la température redevint normale, et l'opéré guérit.

Le professeur Lücke explique ce mouvement fébrile des sarcomes par les corpuscules blancs, les leucocytes, que ces tumeurs font passer dans la circulation. Mais M. Verneuil rejette cette hypothèse, car il n'observa pas la moindre fièvre chez une femme atteinte d'une grosse tumeur fibroplastique au mollet et qu'il amputa. Et pourtant le mal s'était généralisé dans la cuisse, dans les ganglions iliaques et les deux poumons, comme l'autopsie le montra.

Il reste donc simplement établi que la fièvre est plus ou moins intense et prolongée, et qu'une température locale élevée peut se développer et durer sous l'influence de néoplasmes simples, sans dégénérescence locale ni complications générales pouvant expliquer ce phénomène, et que

l'ablation de ces néoplasmes fait disparaître. (*Rev. mensuelle de méd. et chir.*, février.)

SCIATIQUE. Les observateurs les plus rigoureux s'accordent à lui reconnaître, dans la majorité des cas, les caractères anatomiques et anatomo-pathologiques de la névrite, que M. Landouzy a formulés dès 1875. Le docteur Fernet y revient, en montrant surtout que l'examen direct du nerf par la palpation pendant la vie suffit à distinguer cette nature. Le malade étant couché sur le dos et en lui faisant légèrement fléchir les cuisses sur le bassin et les jambes sur les cuisses, on l'invite à garder un repos complet et sans aucun effort. On explore alors les nerfs sciatiques avec les doigts, engagés assez profondément sur le creux poplité d'abord, puis, en remontant progressivement, jusqu'à l'échancrure sciatique, — leur face palmaire tournée vers la partie externe de la cuisse, et leur extrémité étant à différentes reprises promenée de dedans en dehors, — on sent très-nettement le nerf sciatique sous la forme d'un cordon figurant une grosse corde de basse. On en est averti par la sensation éprouvée par le malade, incommode du côté sain, douloureuse et accompagnée de fourmillements dans la jambe et le pied du côté malade. La palpation n'est réellement difficile que chez les sujets très-gros, ou encore quand la sciatique est très-douloureuse ; dans ce dernier cas, la pression sur le nerf est intolérable, et elle provoque des contractions réflexes qui empêchent l'exploration.

Par ce procédé, soigneusement appliqué, on constate fréquemment, entre le côté sain et le côté malade, des différences notables de volume, le nerf du côté malade étant plus gros que le nerf du côté sain ; de consistance, étant plus dur que du côté sain ; de forme, par un cordon cylindrique que la pression ne modifie pas, tandis que le nerf sain semble se laisser aplatir et même dissocier. La lésion peut d'ailleurs être bornée à certains points du nerf.

La nature continue de la douleur, persistante d'abord, sourde et graduellement plus intense, limitée au tronc nerveux ou même à une partie de ce tronc, sans irradiations périphériques constantes, est bien la preuve encore qu'il s'agit là d'une inflammation nerveuse.

Ajoutez-y les troubles de nutrition ou trophonévrotiques

de la lésion, l'atrophie musculaire d'une part, l'adipose ou l'épaississement du tissu cellulaire par engraissement (voy. Adipose), le zona de la peau dans quelques cas, et l'on aura tous les meilleurs caractères cliniques de la névrite et les indications pour combattre rationnellement et efficacement cette forme de sciatique.

Action vaso-motrice. Les expériences très-précises, faites à l'École vétérinaire de Lyon sur des chevaux et des ânes par MM. Morat et Dastre, ont montré que l'effet immédiat de la ligature et de la section du nerf sciatique détermine successivement une élévation passagère de la pression artérielle et veineuse, suivie bientôt d'un abaissement dans l'artère, tandis qu'elle augmente dans la veine. Ces résultats indiquent donc une dilatation périphérique des vaisseaux par le fait de la paralysie du sciatique coupé. L'excitation du bout périphérique est suivie immédiatement des mêmes effets : élévation de la pression artérielle et abaissement de la pression veineuse suivi constamment de l'effet inverse, ce qui indique la constriction primitive des vaisseaux périphériques, puis leur dilatation, absolument comme la corde du tympan agit sur la circulation de la glande sous-maxillaire et de la langue. (*Lyon méd*, n° 29.)

Étirement. Le docteur Macfarlane l'a employé avec succès chez une femme de 29 ans, atteinte d'une sciatique des plus douloureuses. Toutes les médications internes et externes, jusqu'aux cautères et au galvanisme, avaient échoué. Le 3 novembre, le nerf sciatique fut découvert et étiré sous le nuage phéniqué, et la plaie guérit par première intention. Huit mois après, la guérison s'était maintenue sans récidive. (*Lancet*, 6 juillet.)

En présence des déclarations de M. Chiene, d'Edimbourg, il faut regarder ce succès comme une exception. Il a échoué complètement dans trois cas, les douleurs étant revenues un an après l'étirement. Dans le troisième, il pratiqua cette opération à deux reprises, le 29 mai et le 12 juin suivant, sans aucune amélioration. (*Edinb. med. chir. Soc.* et *Idem*, 17 août.)

SPINA BIFIDA. Une exostose cartilagineuse a été rencontrée par M. Houel dans l'intérieur du canal rachidien.

Triangulaire et en forme de lance, elle mesurait 12 millimètres de long et s'insérait sur la ligne médiane de la face postérieure du corps des troisième et quatrième vertèbres lombaires, ainsi que sur le disque, parcourant ainsi d'arrière en avant le canal vertébral. Le sommet pointu s'engageait dans l'orifice du conduit, mettant la cavité du rachis en communication avec le spina bifida, en divisant verticalement la moelle sur la ligne médiane, dont les deux moitiés se réunissaient au-dessous. Une pareille cause n'avait jamais été signalée, et il est probable qu'elle eût empêché la guérison. (*Soc. de chir.* 1877.)

STRABISME. Le docteur Grandelément, de Lyon, cherche à remettre en honneur la strabotomie, si discréditée en France depuis ses nombreux insuccès, en substituant à la myotomie, ou section des muscles trop courts, la ténotomie par reculement et aussi par section. Ce n'est pas seulement pour corriger une difformité choquante, mais parce que tout œil qui louche d'un seul côté est fatalement voué à la cécité, s'il n'est pas redressé dans l'enfance. Il conserve généralement son acuité visuelle intacte jusqu'à dix ou douze ans; mais, bientôt après, la vue diminue progressivement et se trouve irrémédiablement perdue de vingt-cinq à trente ans. Rétablir la rectitude du regard, c'est donc sauvegarder la vision de l'œil dévié. Tous les enfants qui louchent devraient être opérés de six à douze ans.

Au lieu de couper le tendon du muscle trop court, on le détache simplement pour en reculer l'insertion avec la sclérotique. On obtient ainsi une correction de sept millimètres à la fois, comme trois opérées en ont offert la preuve.

Mais, comme on est obligé de revenir à plusieurs reprises à ce procédé quand le strabisme est très-marqué, c'est-à-dire que le muscle est très-court, M. Grandelément a pensé le remplacer par un autre, plus expéditif, moins laborieux et délicat. Au lieu de reculer l'insertion du muscle trop court, il résèque une portion du tendon de son antagoniste trop long et suture les deux extrémités divisées avec un fil de catgut. Et comme, sur 100 strabiques, 90 louchent en dedans, c'est le tendon du muscle droit externe, long de huit millimètres, qu'il s'agit de raccourcir suivant le degré du strabisme. Des expériences font espérer que ce procédé,

beaucoup plus simple, pourra être efficacement substitué au reculement du tendon du muscle droit interne, qui n'aura plus à servir alors que dans les cas rares de strabisme externe, car sa faible étendue ne permet pas de le réséquer. (*Soc. des sciences méd.* et *Lyon méd.*, n° 23.)

La priorité de ce nouveau procédé est réclamée par le docteur Chapoton en faveur de son maître, le professeur Noyes, qui en a soumis la description, avec deux observations à l'appui, au Congrès ophthalmologique américain de Newport, en juillet 1874. En voici la méthode opératoire : une incision horizontale, suffisamment longue, est faite exactement sur le tendon, et celui-ci est soulevé au moyen d'un crochet. Le tendon est divisé tout près du globe, laissant néanmoins un moignon suffisamment long pour suturer l'autre extrémité. Le tendon doit être raccourci d'une quantité proportionnelle à la déviation en dedans de l'œil strabique. Deux sutures sont suffisantes et, le troisième ou quatrième jour, on retire les fils. (*Idem*, n° 50.)

Pour le docteur Boucheron, au contraire, l'insuccès de la strabotomie, par insuffisance de correction, vient de ce que la section pure et simple du muscle droit, à son insertion scléroticale, ne produit qu'un redressement de un millimètre à un millimètre et demi, à cause de ses adhérences avec la partie antérieure de la capsule de Tenon. Une petite cavité séreuse prémusculaire les sépare, et des adhérences superficielles et latérales à ce muscle les rattachent.

D'où un procédé nouveau consistant dans la section verticale de la conjonctive et de la capsule sous-jacente à trois millimètres de la cornée. La traction avec le crochet sur le tendon du muscle droit, mettant ses adhérences superficielles en relief, on les sectionne proportionnellement au degré de strabisme, puis le tendon au ras de la sclérotique, les adhérences superficielles et latérales ensuite, proportionnellement à la correction à obtenir. La suture horizontale du lambeau termine l'opération.

Plusieurs exemples, dont deux pris à l'hôpital de la Charité, montrent que les déviations oculaires de un à neuf millimètres peuvent être corrigées par ce procédé. (*Soc. de chir.*, juillet.)

STRYCHNINE. *Injections intra-veineuses d'alcool.* On a déjà publié plus d'un cas d'empoisonnement traité avec

succès par l'alcool, et l'on en a même conclu qu'il y avait antagonisme entre ces deux substances. Mais des expériences faites par Stacchini sur des chiens, des cobayes et des grenouilles, lui ont démontré que l'alcool diminue ou empêche l'action de la strychnine, qu'il soit administré avant ou simultanément. Des animaux alcoolisés n'ont présenté ainsi, malgré des doses toxiques, aucun trouble convulsif et sont morts dans le coma et le refroidissement alcooliques. De là l'indication de l'injecter dans les veines pour rendre son action plus rapide dans les cas d'empoisonnement strychnique. Mais les troubles dus à l'alcool ne sont nullement modifiés par la strychnine, de quelque manière qu'elle soit donnée. Il n'y a aucune utilité à l'administrer contre les accidents de l'ivresse. Comme le chloral, l'alcool agit directement sur les centres nerveux encéphalo-médullaires et les paralyse, tandis que l'excitation qu'y produit la strychnine a toujours comme point de départ et intermédiaire obligé l'excitation des nerfs périphériques. Ces deux substances n'agissent donc pas sur les mêmes éléments anatomiques. (*Archiv. de phys.* octobre 1877.)

SYPHILIS. *Inoculation par le lait.* Ayant pris du lait chez une femme affectée d'une syphilide papuleuse, avec plaques muqueuses aux parties génitales et à l'anus, mais sans manifestation aucune du côté des tissus, Voss en fit des injections sous-cutanées, à l'aide de la seringue de Pravaz, chez trois prostituées. Chez la première, qui était syphilitique, le résultat fut, naturellement, des plus négatifs ; chez la seconde, qui avait une uréthrite, l'inoculation resta également sans effet ; chez la troisième, âgée de seize ans, et qui n'avait jamais eu d'accident syphilitique, l'injection, pratiquée le 27 septembre 1876, donna lieu à une tuméfaction inflammatoire locale, avec suppuration et qui dura jusqu'au 24 octobre suivant. Le 3 novembre, c'est-à-dire quarante jours après l'inoculation, une éruption papuleuse se montrait autour du point où avait été pratiquée l'injection, et, le 8 novembre, survenait une syphilide papuleuse généralisée, avec adénite, symptômes qui furent combattus avantageusement par des frictions mercurielles. L'auteur considère ce résultat comme une preuve que le lait des syphilitiques est apte à inoculer la syphilis aussi

bien que le sang. (*Petersburger medic. Wochenschrift*, n° 22.)

Du mercure; action physiologique et thérapeutique ; thèse d'agrégation par le docteur H. Halloppeau, à la Faculté de médecine de Paris ; grand in-8 de 275 p.

Sur la question spéciale de savoir si le mercure, administré durant le chancre, prévient ou restreint les accidents secondaires, l'auteur est affirmatif, tandis que le contraire résulte d'une statistique de M. Diday, soumise au Congrès de France en 1873. Sur 74 observations choisies d'accidents secondaires, 25 malades ayant suivi un traitement préventif par le mercure, sous la direction de divers médecins, — en le commençant de deux à quinze jours après le début du chancre jusqu'à l'apparition des accidents secondaires, c'est-à-dire pendant vingt-cinq à soixante jours à la dose moyenne de 8 à 15 centigrammes de protoiodure ou de deux à trois cuillerées de liqueur de Van Swieten par jour, — 14 ont eu une syphilis moyenne, 6 une faible et 5 une forte ; tandis que, des 49 syphilitiques qui n'avaient pas pris de mercure, 27 l'ont eue moyenne, 17 faible et 5 forte. Celles-ci sont donc en proportion de moitié moindre que les premières. D'où l'inefficacité du mercure sur la prévention des accidents. (*Lyon méd.*, n° 24.)

Étude sur la syphilis cardiaque, par le docteur L. Grenouiller ; Paris. Intéressante monographie renfermant *in extenso* tous les documents de ce sujet peu connu et inexploré. 24 observations, collectées dans les auteurs allemands, italiens, anglais et français, y sont réunies et jettent un nouveau jour sur la symptomatologie de cette cardiopathie spécifique. 15 fois elle s'est terminée par la mort subite ou très-rapide. Les gommes des ventricules en seraient la manifestation la plus fréquente. Elles existaient dans 18 cas, le plus souvent à gauche. Il y a donc lieu de porter une attention spéciale sur le diagnostic de cette affection redoutable, qui se confond si facilement par les symptômes avec les cardiopathies ordinaires, car, chez deux malades observés par M. Lancereaux, le traitement spécifique a donné d'excellents résultats.

Syphilis chez les aliénés. *Diagnostic différentiel avec la paralysie générale.* Elle peut simuler la paralysie générale, mais ne la détermine jamais, selon M. Mickle, et lorsque celle-ci existe chez un aliéné, avec démence ou délire, il y a toujours lieu de rechercher les différences cliniques de la syphilis cérébrale pour y opposer le traitement spécifique. Elle se distingue ainsi, dans le cas de démence, en ce que les troubles mentaux ont été précédés souvent d'altérations marquées de la motilité et de la sensibilité. La névralgie faciale, la névrite optique, des anesthésies localisées, la céphalée nocturne apparaissent plus tôt, ainsi que les convulsions générales ou locales. L'insomnie, les douleurs rhumatoïdes sont plus intenses et rebelles. Il y a souvent aphasie après des attaques apoplectiformes, avec anémie profonde et cachexie spéciale. L'embarras de la parole, les tremblements fibrillaires des muscles de la face et de la langue font défaut ou sont peu marqués. Enfin l'âge peut encore servir à élucider la question, puisque la syphilis peut éclater à tout âge, tandis que la paralysie générale ne s'observe guère avant vingt-cinq ans.

Les différences d'état sont aussi frappantes. Si la lypémanie et la démence peuvent accompagner la syphilis cérébrale, la perte de mémoire, la confusion des idées, l'incohérence sont moins profondes et fixes que dans la paralysie. C'est plutôt de l'obnubilation que la perte de l'intelligence. Les accès d'agitation sont plus rares, la marche de la maladie moins régulière et plus souvent compliquée de convulsions, contractions, paralysies, troubles de la sensibilité. L'insomnie et l'irritabilité du caractère sont plus accentuées.

Signes physiques : troubles légers de la parole, gêne de la déglutition non progressive, comme dans la paralysie ; physionomie moins hébétée, lésions oculaires moins marquées, ainsi que les formes de paralysie.

Au contraire, les crises épileptiformes sont plus hâtives, plus fréquentes, ainsi que les contractures et les anesthésies locales, les douleurs névralgiques ou rhumatoïdes plus intenses et prolongées. Les attaques apoplectiformes sont plus graves et les paralysies consécutives plus persistantes. Les autres signes de la syphilis tertiaires et les résultats du traitement peuvent surtout lever les doutes.

Le délire, qui peut se rencontrer avec la syphilis cérébrale, n'a pas ordinairement ni l'intensité, ni la durée de celui de la paralysie générale, et les symptômes précédents ou concomitants pourront éclairer sur sa vraie nature. Enfin l'état régulier et normal de la température et le pouls faible et mou aideront encore à établir ce diagnostic différentiel. (*British and foreign Review*, 1877.)

Syphilis cérébrale. D'accord avec M. Broadbent, disant, dans ses leçons, qu'en Angleterre les sujets dont les symptômes secondaires sont transitoires et légers sont les plus exposés aux accidents du système nerveux, M. A. Fournier conclut aussi, d'une cinquantaine d'observations personnelles, que les syphilis originairement bénignes ou moyennes fournissent le plus fort contingent à la syphilis cérébrale. (*Soc. méd. des hôpit.*, novembre 1877.)

N'est-ce pas à l'aide de ces considérations générales, admises un peu trop à vue d'œil et sans des statistiques suffisantes, que la syphilis cérébrale est devenue si fréquente, se confondant souvent avec l'aliénation ? Elle est ainsi admise par le docteur James Ayer, chez un garçon de 29 ans amené comme aliéné à l'asile Mac Lean. Sa sœur était aliénée et il avait deux tantes folles, une maternelle et l'autre paternelle. Lui-même était déjà devenu fou d'amour dix ans auparavant. Il jouissait d'une bonne santé depuis plusieurs années, lorsqu'il contracta un chancre induré à 27 ans, et, six mois après, des symptômes de méningite apparurent. Des hallucinations de l'ouïe et de violents maux de tête se montrèrent avec intermittences, malgré l'emploi de l'iodure de potassium. Il n'était pas regardé comme dangereux, lorsque, en jouant à la balle, il devint soudainement furieux et frappa avec sa raquette, *sous l'impulsion de ses voix*, l'un des médecins de l'asile, qu'il blessa grièvement.

Pendant deux ans qu'il resta dans cet asile, il fut tranquille, raisonnable, en cachant même ses hallucinations, mais incapable de soutenir le moindre raisonnement. Les médecins étaient toujours ligués contre lui pour l'empêcher d'uriner et d'aller à la selle. Il passait ainsi beaucoup de temps au *water-closet*, sans que l'examen révélât ni obstruction ni rétrécissement. Il refusa d'avaler, tomba en démence et s'affaiblit graduellement. C'était donc bien un aliéné.

Mais l'autopsie ayant révélé une endartérite chronique *très-limitée, small spot*, de l'artère cérébrale moyenne du côté droit, et une autre plaque un peu plus étendue de l'artère basilaire avec ramollissement des circonvolutions, induration du cerveau correspondant à une plaque, comme une pièce de deux francs, de la pie-mère adhérente à la circonvolution occipitale du côté droit, l'auteur a vu là des traces de syphilis, d'autant plus que la substance grise était atrophiée à la moitié de son épaisseur, tandis que la substance blanche sous-jacente était épaissie et grisâtre. Voyant là des signes d'inflammation localisée, il n'hésite pas à l'attribuer à la syphilis, en l'absence de gommes, suivant les idées de Heubner et de M. Lancereaux exposées l'année dernière. Or, est-il permis d'être aussi affirmatif, en présence de symptômes et de lésions semblables, lorsqu'on connaît encore si peu celles de l'aliénation dans ses formes multiples?

Aussi le docteur Bowditch s'est-il étonné qu'à défaut de l'iodure de potassium on n'ait pas eu recours au calomel. Chez un séminariste de 20 ans que la céphalalgie nocturne avait réduit depuis deux ans à cesser ses études, aucun moyen ne réussissant, il administra le calomel, bien que le malade niât toute infection. Une amélioration sensible se manifesta, et le malade était presque guéri, quand la salivation eut lieu six semaines après ce traitement. Cette épreuve victorieuse de l'axiome, sur la nature de la maladie décelée par le calomel, n'est-elle pas plus concluante que celle des lésions après la mort? (*Suffolk med. Soc.*, mars, et *Boston med. and surg. journal*, nos 12 et 17.)

Syphilide hypertrophique diffuse de la face. Tel est le nom donné par M. M. Raynaud à une hypertrophie considérable des téguments inférieurs de la face, qui s'est développée à 58 ans chez une veuve, exempte de toute tare syphilitique et de scrofule, et qui lui donne l'aspect léonin de la lèpre des Grecs. De là le nom de *léontiasis syphilitique*. Il l'assimile aussi au rhinoscléroma d'Hébra. Mais les symptômes sont pour et contre la nature syphilitique, et le traitement spécifique, longtemps continué, n'a donné qu'un résultat insignifiant. Ce n'est donc qu'à défaut de tout autre que ce diagnostic a été posé. Aussi n'y a-t-il pas lieu d'in-

sister sur la description de cette forme nouvelle. (*Soc. méd. des hôp.*, mars, et *Union méd.*, n° 64.)

Paraplégie syphilitique. Deux observations du docteur Philipson, recueillies à l'infirmerie de *Newcastle upon Tyne*, montrent qu'elle peut se développer comme dépendant d'une simple hyperémie de la partie inférieure de la moelle, sans aucun symptôme apparent ni trace appréciable de syphilis, sinon quelques douleurs nocturnes. Un soldat de 35 ans était ainsi admis, le 13 avril 1877, avec paraplégie complète et incontinence de l'urine et des fèces. Soubresauts des membres inférieurs pendant la nuit. La percussion des vertèbres lombaires est un peu douloureuse. Rien au cœur.

Une hyperémie spinale étant diagnostiquée, le malade fut soumis à l'usage interne de la teinture de seigle ergoté, pendant six semaines consécutives, sans aucun résultat sur la motilité. Le malade, ayant alors avoué avoir eu la syphilis cinq ans auparavant, fut soumis à l'iodure de sodium.

Quinze jours après, il pouvait soulever ses jambes, et l'amélioration fut si rapide qu'il quittait l'hôpital le 21 juillet, parfaitement guéri.

Un chauffeur de 30 ans, admis le 10 mai dans les mêmes conditions, avait seulement la voix rauque, avec rougeur du larynx et de l'épiglotte sans ulcération. Ayant avoué une syphilis ancienne, et les ganglions cervicaux étant durs et gros, le malade fut soumis d'emblée à l'iodure de sodium, et, quinze jours après, il pouvait remuer ses membres inférieurs et quittait l'hôpital le 7 juillet, parfaitement guéri.

Si le succès du traitement peut prouver la nature du mal, on peut bien conclure à une infection syphilitique. C'est donc une preuve qu'elle peut déterminer la paralysie ascendante, sans aucun symptôme spécifique autre que des douleurs névralgiques musculaires pendant la nuit. (*Lancet*, n° 13.)

T

TEIGNES. L'habile et zélé dermatologiste vétérinaire, M. Mégnin, s'est assuré, par l'inoculation, à trois chevaux,

du *tricophyton decalvans* ou *depilans* du veau, qu'il était différent par ses effets du tricophyton tonsurans du cheval. De même que son volume est du triple, il produit des effets plus marqués, plus graves et réfractaires. L'herpès nummulaire qu'il détermine est tuméfié avec destruction de l'épiderme et ulcération, tandis que le tricophyton tonsurans produit simplement un herpès circiné sec, sans tuméfaction, et qui guérit rapidement. De là, sans doute, la cause des différences de gravité que présentent la teigne tonsurante et les herpès circinés ou nummulaires du corps et des membres que l'on constate chez l'homme.

Il a constaté aussi que le lapin argenté pouvait être atteint de *teigne faveuse*, comme la souris, le rat, le chat et le chien, due à l'achorion Schœnleinii, et la communiquer aux enfants qui jouent avec ces animaux. De là le danger de laisser ces animaux domestiques en rapport avec les enfants et même les grandes personnes, qui peuvent prendre ainsi une des maladies les plus graves. (*Soc. de méd. vétérinaire*, août.)

Quant à la *teigne pelade*, dont la nature parasitaire était encore en doute, il a constaté, sur deux perroquets à huppes jaunes du Muséum qui perdaient leurs plumes, l'existence d'un champignon très-petit, appartenant bien au genre microscoporon, dont le mycélium très-distinct ne dépasse pas un à deux millièmes de millimètre. Mais il a constaté aussi sur le cheval de petites tonsures circulaires résultant de la brisure du poil, comme chez l'homme, par un nœud qui se forme au milieu de sa longueur sans trace de mycélium. Ce sont donc là deux pelades distinctes, l'une constitutionnelle ou dermotrophique, et l'autre parasitaire.

Il a également constaté un cas de teigne achromateuse ou de vitiligo chez un cheval de luxe anglo-arabe, sous forme de dépilations circulaires comme une pièce de 50 centimes, sur les deux côtés du tronc et les joues en particulier. Les poils repoussèrent blancs, ce qui rendait l'animal très-laid et dépareillait l'attelage. Malgré le traitement de ces taches, elles ne disparurent pas et on les croyait indélébiles, lorsque, avec l'arrivée de l'automne et la pousse du poil d'hiver, un an après, les poils reprirent leur couleur normale. La guérison spontanée de cette affection montre donc qu'elle n'est pas parasitaire. (*Archiv. de méd.*, septembre.)

On peut juger, par ces exemples, de quel puissant secours la médecine comparée ou vétérinaire peut être pour la médecine humaine, quant aux teignes surtout. Elle peut en éclairer la nature et le traitement, en permettant de faire des expérimentations.

TÉLÉPHONE. Voy. AUSCULTATION; CALCULS VÉSICAUX.

TEMPÉRATURE. *Hyperthermie morbide locale.* Elle a été signalée par M. Gubler dans la pneumonie sur la pommette et dans l'aisselle du côté affecté. Sous le titre de *Températures locales*, le docteur Gassan a soutenu une thèse sur ce sujet en 1874, inspirée par lui, et, dès 1869, M. Landrieux avait publié des *Considérations sur la température comparative des deux régions axillaires dans la pneumonie double*, avec un fait relatif à la température locale dans la pleurésie. Ce n'est donc que par extension et perfectionnement que M. Peter a constaté les rapports de cette hyperthermie locale avec l'épanchement qui l'accompagne et la phthisie commençante, dont elle serait un signe important. (Voy. PLEURÉSIE, PHTHISIE.)

Elle peut être de même un signe dans certaines tumeurs. (Voy. SARCOMES.)

Il y a donc lieu d'étudier avec soin, et comparativement, ce signe externe, physique, qui, par cela même, doit être infiniment plus constant et plus fixe que les prodromes internes des bruits, des souffles et des râles qui peuvent manquer et varier suivant le siège et l'étendue des lésions locales, surtout au début.

Température périphérique. Des recherches comparatives faites par le docteur Couty, au Val-de-Grâce, il résulte que, dans toutes les affections fébriles, la température de la main a été égale à celle de l'aisselle, sauf quelques dixièmes de degré, jusqu'à la période de déclin de la fièvre. Elle était, au contraire, de 4, 6 et jusqu'à 12° au-dessous chez les convalescents ou les guéris. La fièvre établit donc une égalisation souvent complète entre la température centrale et la température périphérique.

Toutefois la durée de cette égalisation varie suivant que la maladie est interne ou externe. La température palmaire

était déjà abaissée de plusieurs degrés au moment de la chute de la fièvre dans la pneumonie, la pleurésie, l'angine, la fièvre intermittente et typhoïde, tandis que, dans la rougeole, la variole, l'érysipèle et le rhumatisme articulaire, son égalisation persiste plusieurs jours après la cessation complète de la fièvre. Il semble donc que les nerfs vaso-moteurs soient plus profondément modifiés dans celles-ci que dans celles-là. (*Acad. des sciences*, juillet.)

Réfrigération locale. Voy. Fièvre typhoïde.

Température du corps humain et ses variations dans les maladies. Études de médecine clinique du professeur Lorain, notes et documents inédits coordonnés et publiés par le docteur Brouardel. 2 vol. grand in-8°, composés à l'Imprimerie nationale. Paris, 1877.

Les matériaux accumulés dans ces deux gros volumes sont le résultat d'un travail continu, de près de dix ans, de l'ancien professeur d'histoire de la médecine à la Faculté. Précédé d'une introduction sur la médecine scientifique, c'est-à-dire étudiée avec tous les instruments de précision moderne, cet ouvrage est divisé en trois parties : une analyse critique et très-attrayante des théories émises sur la chaleur et la fièvre forme la première; la seconde est consacrée à ces deux éléments, d'après les doctrines, les théories et les résultats contemporains sur la température humaine et ses oscillations suivant les âges, les parties, les conditions, et la troisième, renfermée dans le second volume, traite de ses variations dans les diverses maladies, avec les courbes, les tracés recueillis dans un grand nombre de cas. C'est donc à la fois une œuvre historique et clinique, qui montre bien la valeur des résultats de la méthode graphique actuelle. Telle est l'adaptation et la désadaptation aux températures ambiantes démontrées surtout dans les fièvres intermittentes; leur variation dans les divers points du corps, dans certaines maladies et sous l'action de quelques médicaments, comme la saignée, la digitale, la quinine, l'alcool et les bains, avec les exemples à l'appui. C'est là une œuvre considérable, mais qui contribuera plus aux progrès de la physiologie pathologique qu'à ceux de la clinique.

TESTICULES. *Cancer ou syphilis?* En vue de montrer l'extrême difficulté du diagnostic de la malignité ou la bénignité des tumeurs testiculaires, les incertitudes du microscope à cet égard, et en contradiction avec la clinique, le docteur Poinsot a relaté les deux faits suivants : Tumeur du testicule gauche chez un enfant de 4 ans, ayant pris le volume d'un gros œuf de poule en quinze jours. Ovoïde, régulière, lisse, un peu aplatie transversalement, elle est uniformément dure, résistante, indolore. Peau saine et mobile, sillonnée de vaisseaux volumineux, sans engorgement ganglionnaire. Intégrité du cordon. C'était donc bien une tumeur dure qui fut diagnostiquée maligne, cancéreuse, en raison de son développement rapide.

La castration montra, au contraire, une tumeur de 150 grammes, à aspect lisse, luisant, d'un blanc bleuâtre, sans suc, formée de tissu cartilagineux au microscope, à cellules groupées par masses et séparées par du tissu fibreux abondant. C'était un enchondrome. Le microscope contredisait donc le diagnostic clinique, et cependant l'enfant succombait, quelques mois après, à la généralisation de l'enchondrome dans le système lymphatique abdominal, la rate et les poumons, sans récidive locale.

M. Verneuil a facilement prouvé que l'erreur, loin d'être au microscope, était au chirurgien lui-même, car on sait, depuis trente ans, que l'enchondrome n'est rien moins qu'une tumeur bénigne. Celui des phalanges, des doigts, de la main, peut sans doute être considéré comme bénin ; mais il n'en est pas de même de celui des glandes, dont la nature est réputée à juste titre des plus malignes. Cliniquement d'ailleurs, tout néoplasme à développement rapide, chez les enfants, est toujours extrêmement grave. Chez deux enfants auxquels il a pratiqué la castration pour des tumeurs à développement très-rapide, la mort s'en est suivie quelques mois après, par suite de récidive sur place ou par généralisation, bien que la constitution histologique ait été reconnue cancéreuse dans un cas et fibro-plastique dans l'autre. Le microscope et la clinique ne sont donc pas en désaccord ; chacun a dit la vérité.

Le second cas est non moins frappant. Un boucher de 42 ans porte, depuis trois ans, une tumeur du testicule gauche développée à la suite d'un simple froissement et

arrivée à la grosseur du poing, malgré l'iodure de potassium *intus et extra*. Elle est rénitente, élastique et même fluctuante en certains points et ligneuse en d'autres. Ovoïde, sans transparence, lourde, indolore à la pression, cette tumeur ne donne, comme la première, que quelques gouttes de sang à la ponction exploratrice. Peau saine, sans vaisseaux variqueux, ni ganglions engorgés. C'était donc encore une tumeur solide, et le diagnostic par exclusion fut celui d'un sarcocèle, dont l'excision fut pratiquée immédiatement. Elle pesait 392 grammes, était enveloppée et limitée par la vaginale doublée et adhérente, formée d'un tissu blanchâtre, dense et résistant sur certains points, jaune et ramolli sur d'autres. Une grande quantité de suc en sort par le raclage. Le microscope révèle de petites alvéoles remplies de cellules rondes à noyau volumineux et clair, limitées par des travées très-fines, adénoïdes ici, et plus épaisses où le tissu est plus dense, les cellules plus volumineuses. C'était donc bien un carcinome encéphaloïde.

Néanmoins ; la cicatrisation fut prompte, et, depuis le 30 juin 1874, c'est-à-dire quatre ans, la guérison ne s'est pas démentie, et il n'y a eu aucune apparence de récidive. Ce qui n'a rien d'étonnant, dit M. Verneuil, car, outre qu'il est assez fréquent de voir la récidive du cancer se faire attendre plusieurs années, il est rare de rencontrer cliniquement une tumeur maligne du testicule passé l'âge de 40 ans. Une tumeur testiculaire développée aussi tardivement et progressant lentement, comme celle-ci, est rarement suivie de récidive. Bon nombre de tumeurs semblables, enlevées par lui dans ces conditions, n'ont pas récidivé le plus souvent, quoique reconnues pour de véritables cancers au microscope. M. Després a confirmé ce fait. Dans un cas, il n'y avait pas récidive après quatorze ans, et, dans deux autres, les opérés jouissaient d'une santé parfaite deux et trois ans après. Le cancer du testicule, chez l'adulte, est loin de récidiver avec la même rapidité que chez l'enfant. Il n'y a donc, pas plus dans ce cas que dans le premier, contradiction du microscope avec la clinique.

M. Verneuil a enlevé ainsi un testicule ayant toutes les apparences extérieures du cancer et qui, à l'œil nu et au microscope, s'est trouvé être un testicule syphilitique. La résistance de ceux-ci à un traitement prolongé par l'iodure

n'est d'ailleurs pas une preuve de cancer, comme on l'admet trop généralement. Le mercure et les frictions mercurielles en particulier réussissent souvent quand l'iodure avait échoué. M. Panas a eu à traiter une tumeur testiculaire, ayant toute l'apparence carcinomateuse, qui avait résisté à l'iodure de potassium et qui guérit rapidement par les frictions mercurielles. Il faut donc employer le mercure et l'iodure, dans les cas douteux, avant de prononcer le mot cancer.

L'enkystement des tumeurs enchondromateuses du testicule serait, pour M. T. Anger, le caractère et la garantie de leur bénignité. La forme maligne serait aux tumeurs non enkystées. Et il appuie cette loi sur le seul fait d'un homme de 43 ans, opéré à l'hôpital Beaujon, en 1875, d'une tumeur fibro-cartilagineuse, indépendante de l'épididyme, datant de neuf mois et ayant augmenté sous l'action du traitement. Développée au voisinage du corps d'Higmore, elle avait repoussé la glande et s'en était isolée par une membrane de tissu conjonctif qui lui formait enveloppe et ne lui laissait aucune relation vasculaire que par le corps d'Higmore. De là sa non-récidive jusqu'ici. (*Soc. de chir.*, mars.)

Ce n'est pourtant pas que le squirrhe du testicule soit niable, malgré l'opinion de plusieurs pathologistes. Le docteur Nepveu en a réuni neuf observations incontestables et vérifiées, avérées par le microscope. Voici les signes distinctifs qu'il lui assigne : petit volume, dureté ligneuse, faible sensibilité, marche très-lente de deux à six ans. (*Assoc. française.*)

Inclusion péri-testiculaire. Un nouveau cas, observé par M. Bœckel, de Strasbourg, a remis cette question à l'ordre du jour. C'était, comme le plus souvent, une erreur de diagnostic. Croyant à l'existence d'un sarcocèle, on amputa le testicule chez un homme de 38 à 39 ans, pâle, amaigri, cachectique, sans doute par l'inquiétude que, depuis trois ans, lui donnait son mal plutôt que par les douleurs qu'il en éprouvait; tandis qu'à l'examen la tumeur, formée d'une substance fibreuse molle, parsemée de kystes remplis d'éléments épithéliaux glandulaires, pileux, était renfermée dans une poche scrotale, refoulant en arrière et en bas le

testicule *parfaitement sain*. C'est donc là simplement une monstruosité par inclusion, comme dans beaucoup de faits semblables, dont les plus récents en France ont été publiés par M. Verneuil en 1855 et par M. L. Labbé en 1858.

Ces tumeurs kystiques ne peuvent être que congénitales et isolées sur l'un ou l'autre testicule. Le chirurgien doit donc s'appliquer à en établir ce caractère dans les cas douteux. Le développement peut s'en faire plus ou moins tardivement, mais on peut toujours retarder la castration, jusqu'à ce que l'ulcération en démontre le caractère, comme à Velpeau. En cas de doute, il faut donc s'abstenir. (*Soc. de chir.*, avril.)

Castration préventive dans l'ectopie. Un testicule inguinal étant un organe inutile, quant à la fécondité, sinon à la puissance, le docteur Aubert propose d'apporter moins de réserve dans leur ablation, d'autant plus qu'ils sont ordinairement le point de départ de phénomènes douloureux et qu'ils ont une tendance marquée à devenir cancéreux et à être une cause de mort. Cette excision étant relativement innocente, comme deux observations personnelles le montrent, il y aurait donc lieu de la faire préventivement après la puberté. (*Assoc. française.*)

Atrophie consécutive aux oreillons. En réunissant différentes statistiques militaires, M. Laveran a trouvé que 111 cas d'orchite ourlienne ont fourni 73 cas d'atrophie du testicule, soit 7 fois sur 10 environ. C'est donc là un danger réel pour les jeunes gens, qui peut les réduire à l'impuissance, au féminisme. (*Soc. méd. des hôp.*, mai, et *Union méd.*, nº 90.)

TÉTANOS. *Névrite ascendante*. Dans un cas de tétanos chez un enfant de 11 ans dont les membres inférieurs avaient été broyés par un wagon, le droit seul ayant été amputé, une inflammation gangréneuse envahit le gauche, et du trismus avec opisthotonos survint le quinzième jour, suivi de mort rapide.

Le nerf tibial postérieur, durci et coloré, examiné au microscope par M. Laveran, se montra enflammé dans un seul de ses gros faisceaux, ainsi que la substance blanche

médullaire, diffuse dans la moelle lombaire et localisée aux cordons latéraux dans la région cervicale. Sont-ce ces lésions qui ont déterminé le tétanos ? se demande l'auteur. C'est ce qu'il s'agit de vérifier par des observations ultérieures. (*Arch. de phys.*, octobre 1877.)

Élongation du nerf. Dans deux cas de tétanos traumatique à la suite d'une plaie de la main, le nerf médian fut étiré par M. Nankivell, à l'hôpital de Chatham, sans aucun succès. Dans le premier cas, l'opisthotonos cessa pendant vingt-quatre heures à la suite de l'étirement. D'où l'auteur croit qu'en pratiquant l'élongation du nerf le plus haut possible, il y aurait plus de chances de succès. (*Lancet*, 2 mars.)

Tétanos a frigore. *Bains chauds.* Le rôle du froid dans l'étiologie du tétanos a toujours été reconnu. Cette influence est capitale jusque dans le tétanos traumatique, et c'est ordinairement l'unique cause dans le tétanos dit rhumatismal. Deux cas observés à deux mois d'intervalle à l'hôpital Necker, par M. Blachez, et développés spontanément par cette action exclusive, en montrent toute l'importance étiologique.

L'un est un homme de 55 ans, garçon de lavoir, dont le travail consiste à transporter sur ses épaules le linge des lessiveuses. Le 6 juin, il éprouve de la raideur du cou avec trismus. Il continue son travail la tête renversée en arrière; mais, le lendemain, il ne peut plus ouvrir la bouche. Bientôt la raideur musculaire se généralise, et, à son entrée à l'hôpital, le 12 juin, il présente tous les symptômes d'un tétanos intense et généralisé.

L'autre est un terrassier de 26 ans qui, trempé le 7 septembre par une forte averse, garde toute la journée ses vêtements mouillés. Dès le lendemain, il éprouve de la difficulté à ouvrir la bouche; le 10, le cou se raidit, puis les membres supérieurs; le 11 et le 12, les membres inférieurs et le ventre sont pris. Entré à l'hôpital le 14, il présente, comme le premier, tous les symptômes du tétanos généralisé.

Le refroidissement, en portant son action sur la moelle, a été la cause évidente de cette contraction musculaire et tétanique généralisée. Il est remarquable que chez le pre-

mier malade, dont la dyspnée extrême fit craindre l'asphyxie, la température s'éleva à 38°,6, tandis que chez le second, dont les crises étaient moins répétées et moins violentes, elle n'a pas dépassé 38 degrés. Cette température peu élevée était du plus favorable augure, malgré la permanence de la contraction.

Néanmoins, elle a résisté, pendant les neuf à dix premiers jours, aux ventouses sur la colonne vertébrale, au chloral à haute dose et au bromure de potassium, tandis que les bains chauds à 35° C., prolongés pendant deux heures, malgré la raideur des patients, ont amené immédiatement une détente très-sensible et une diminution de la température. Et c'est en en prolongeant l'usage que ces deux malades sont sortis guéris, le premier après vingt-trois jours et le second après cinquante jours. (*Gaz. hebdomad.*, n° 1.)

Ce moyen doit donc être recommandé dans tous les cas de tétanos, traumatique ou non, dont le froid paraît être la cause déterminante. En face de ces deux succès, il n'y a pas à hésiter.

THORACENTÈSE. Une réaction des plus vives se montre contre l'emploi exclusif de cette opération ; c'est l'effet de l'engouement enthousiaste, irréfléchi, qui s'était manifesté en sa faveur, il y a quelques années, sous l'impulsion de Béhier. Après s'être attaquée séparément aux divers accidents dont elle peut être suivie : piqûre du poumon, ponction sèche, syncope, expectoration albumineuse, reproduction rapide et purulence de l'épanchement, mort subite, en combattant ainsi au jour le jour pour entretenir le feu, la clinique lance aujourd'hui son artillerie en masse pour démasquer les exagérations dangereuses et regrettables où elle a été entraînée. Tous les épanchements séreux en étaient justiciables alors, et 68 ponctions faites en cinq mois sur 12 malades par M. Bucquoy n'avaient donné que les résultats les plus satisfaisants. (Voy. *année* 1872.)

A ces chiffres, M. Morand, médecin principal à l'hôpital militaire de Vincennes, oppose la statistique suivante avec les observations à l'appui.

Sur 141 hommes atteints d'épanchements pleurétiques observés à Lyon et à Paris, de 1875 à 1877, 32 ont subi la ponction aspiratrice, 12 avant le quinzième jour de l'invasion,

et tous les autres après, et 109 ont été traités médicalement par les moyens ordinaires. Or, des 31 opérés, le 32e étant encore à l'hôpital, 5 sont morts, et, des 109 autres, il n'y en a eu que 6. De plus, la durée moyenne du séjour à l'hôpital, de 72 jours 67 pour les opérés, n'a été que de 40 jours 60 pour les non-opérés. Sans doute, il faut tenir compte de la différence de gravité des cas; mais la thoracentèse et les complications qui en ont été la conséquence ont aussi contribué à ce résultat.

Il y a eu ainsi :

Syncope	4 fois.
Suffocation	11 —
Expectoration albumineuse	2 —
Reproduction totale de l'épanchement (du 2e au 5e jour).	27 —
Transformation purulente (4 fois après des ponctions multiples)	6 —
L'empyème a dû être pratiqué	5 —

Il s'ensuit donc manifestement que, dans plus de la moitié des cas, la thoracentèse est suivie d'accidents et de complications; qu'elle ne prévient pas la reproduction de l'épanchement. De là la nécessité de ponctions multiples qui paraissent déterminer la purulence, soit par le traumatisme répété de la plèvre, soit autrement. Loin de diminuer la mortalité, elle l'augmente donc sensiblement par les complications qu'elle entraîne ou l'empyème qui en est la conséquence. D'où l'indication de se borner au traitement médical et de ne recourir à la ponction que dans le cas de péril extrême, immédiat, sauf à employer d'emblée l'empyème ou la pleurotomie. (*Recueil de méd. et chir. pratiques*, janvier.)

M. Peter explique tous ces effets par l'augmentation de la température locale constatée sur le siège de l'épanchement et l'accroissement que la ponction détermine. (V. Pleurésie.)

TRACHÉOTOMIE. Une statistique de 567 cas de diphthérite traités dans les salles du professeur Langenbeck, du 1er janvier 1870 au mois de juillet 1876, montre la fréquence de cette maladie à Berlin, aussi bien que la pratique de la trachéotomie et ses résultats. La sténose du larynx étant

toujours regardée comme le signe de son indication, « sans distinction d'âge ni de caractère de la maladie, » elle a été pratiquée 504 fois et suivie de mort dans 357 cas, — 70,8 pour 100. Sur les 63 non-opérés, il y eut 20 morts seulement, la mortalité totale étant de 377. Sur 85 opérés au-dessous de deux ans, 7 seulement guérirent, dont un âgé de sept mois seulement. Sur 28 cas développés à l'hôpital, 18 furent mortels. Sur 22 opérés apportés moribonds à l'hôpital, 20 succombèrent. La persistance de l'oppression après la trachéotomie est surtout d'un pronostic grave, car, sur 46 cas où cette oppression subsista, 42 sont morts. C'est le signe d'une pneumonie lobulaire ou d'une extension de la diphthérite dans les bronches. (*Langenbeck Archiv*, 1877.)

Une série de succès, malheureusement trop rare dans les hôpitaux surtout, est relatée par le docteur Bogue. Sur 15 trachéotomies pratiquées à l'hôpital du comté de Cook sur des enfants de deux à dix ans, atteints de croup, il y eut 6 guérisons; aucune n'eut lieu au-dessous de trois ans. Il la pratique au début et emploie l'anesthésie pour prévenir le spasme et la frayeur, ainsi qu'une atmosphère humide. Mais il est probable que plusieurs cas n'étaient pas de vrais croups, car l'auteur dit que le développement primitif de la fausse membrane dans le larynx est ordinairement suivi de la mort en quelques heures. (*Chicago med. journ.*, février.)

Avantages de la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. L'espace crico-thyroïdien, dans le maximum d'extension de la tête, a donné, au docteur Krishaber, 8 à 9 millimètres d'étendue, 10 et 11 dans d'autres cas, ce qui est la mesure ordinaire des canules d'adulte. C'est donc par erreur que les auteurs l'ont fixée au-dessous, et que cette opération est négligée, comme ne pouvant admettre une canule sans échancrure ou ébréchement du cartilage cricoïde. C'est ainsi que Nélaton et M. Panas l'ont faite.

Mais cette échancrure n'est pas nécessaire; une canule à bec a pu être ainsi introduite dans l'espace crico-thyroïdien, sans léser les cartilages, dans un cas de goître suffocant. (Voy. *ce mot.*)

Cette opération a donc l'avantage que l'espace crico-

thyroïdien, placé plus haut et plus superficiellement que la trachée, est très-nettement indiqué chez tous les sujets, les hommes en particulier, par la saillie, la proéminence des cartilages au-dessus et au-dessous, et qu'il est plus facilement reconnu et accessible qu'elle. Le manuel opératoire est en outre plus simple. L'incision peut être très-restreinte sans danger de blesser une artère anormale, et, la peau une fois divisée avec le bistouri ou le thermocautère, il suffit d'une simple ponction pour pénétrer dans le larynx. 18 fois, M. Krishaber a réussi sur 18 cadavres d'adultes, par la section verticale de la membrane intercartilagineuse, à introduire une canule à bec sans dilatateur. (*Ann. des mal. de l'oreille et du larynx,* n° 3.)

Mais elle doit être exclue contre les accidents d'asphyxie du laryngo-typhus, selon le docteur Koch, parce que l'instrument rencontre souvent, en avant du cricoïde, un sac rempli de pus et de grumeaux de cartilage qui gêne le reste de l'opération et l'introduction de la canule. La trachéotomie seule, faite le plus bas possible, doit être exclusivement réservée à ces cas. Voy. FIÈVRE TYPHOÏDE.

Végétations polypiformes. Depuis leur découverte, faite à nouveau pour ainsi dire (voy. *année* 1874), les exemples s'en multiplient à profusion. Avant, la suffocation produite par l'enlèvement de la canule était attribuée exclusivement au spasme laryngien, tandis que, maintenant, on y regarde de plus près, et l'on en constate d'autant mieux la cause. Un second fait s'est ainsi présenté à M. Bergeron chez un garçon trachéotomisé le 21 septembre 1877 à l'hôpital Sainte-Eugénie. Toutes les tentatives d'enlèvement de la canule étaient suivies de toux violente, quinteuse, avec suffocation, ce qui mettait l'enfant dans une grande agitation dès qu'on voulait lui enlever. On y réussit encore cependant le treizième jour ; mais la réintroduction fut impossible. Le dilatateur laissa apercevoir un petit corps flottant; mais une certaine pression fut nécessaire, après plusieurs tentatives, pour faire pénétrer la canule dans la trachée. L'enfant toussa alors avec force et lança, sur le lit voisin, un petit lambeau membraneux blanchâtre, allongé et assez résistant, d'un centimètre et demi de long, ayant à chaque extrémité un bourgeon charnu comme un grain de

chènevis. L'un est sessile, l'autre flottant. L'examen microscopique a montré qu'il était formé de tissu embryonnaire avec de nombreux vaisseaux. C'était une véritable végétation polypiforme.

L'enfant cessa dès lors d'éprouver les mêmes accidents et put se passer définitivement de sa canule six jours après.

Des deux cas de concrétions polypiformes observés sur la plaie de la trachée par M. Cadet de Gassicourt dans son service d'hôpital, l'un se termina de la même manière. En réintroduisant la canule le neuvième jour, le malade rejeta, dans un effort de toux, la concrétion probablement détachée par le fait de la canule. Avec celui de M. Hemey, ce sont donc trois cas terminés ainsi.

D'où l'indication posée par M. Bergeron, quand on éprouve un obstacle à réintroduire la canule et que la suffocation se manifeste sans être expliquée par la présence des fausses membranes, de passer une curette mousse sur les bords de la plaie trachéale, afin de constater la présence de ces végétations et peut-être de les enlever en raclant.

Mais il y a des cas où l'on ne rencontre rien. M. Cadet de Gassicourt n'a obtenu par ce procédé aucun résultat chez un de ses trachéotomisés, obligé de garder sa canule.

Avec les quatre cas de végétations signalés dans la statistique de M. Revilliod, c'est donc un total de huit nouveaux cas de ce genre. (*Soc. méd. des hôp.*, octobre 1877.)

Et, comme preuve de leur fréquence partout, le docteur Koch, à l'occasion d'un fait de ce genre où il fut obligé de trachéotomiser de nouveau un enfant menacé de suffocation, a rassemblé 26 cas de cette redoutable complication, puisés dans les travaux allemands et français et surtout ceux de la *Société de chirurgie*, où s'est produite la première notion de ces végétations intra-trachéales. Aussi il est remarquable que, des 241 observations détaillées de la précédente statistique de Langenbeck, Krönlein ne signale qu'un seul cas de ces granulations qui retardèrent pendant six mois l'enlèvement de la canule.

Ces végétations résultent ordinairement de l'hypertrophie des bourgeons charnus de la plaie par l'irritation persistante de la canule, l'envahissement de la diphthérite et surtout l'inspiration thoracique qui les attire, les congestionne,

les tuméfie et les pédiculise. Ils se développent aussi parfois sur les ulcères produits par la pression de la canule sur la muqueuse trachéale.

A ces obstacles, il faut ajouter, paraît-il, ceux produits par le décollement de la muqueuse succédant à sa destruction, sous forme de lambeau, par l'inflammation phlegmoneuse ou la diphthérite.

Une gêne respiratoire continue avec accès survenant lors des excitations intellectuelles ou corporelles, surtout dans l'inspiration, suffit à distinguer cette cause de la dyspnée produite par un spasme laryngien ou une tumeur trachéale. (*Archiv für klin. Chirurgie*, 1877.)

TUBERCULOSE. La tuberculose spontanée est aussi rare chez les carnivores, le chien et le chat en particulier, qu'elle est fréquente chez les herbivores, comme le lapin, la vache. C'est une différence à laquelle on ne fait pas assez attention, eu égard surtout à la fréquence de la phthisie chez l'homme parmi les malheureux.

Formes cliniques de la tuberculose miliaire du poumon; thèse d'agrégation en médecine, par le docteur Mairet. Division en trois catégories : aiguë, chronique et secondaire, avec leurs variétés. La première est pyrétique, granuleuse et thoracique ; la seconde est fibreuse, nodulaire et lobaire. Quant à la troisième, elle est primitive ou consécutive à la fièvre typhoïde et à la rougeole, comme M. Kiener l'enseigne. L'aspect des lésions nodulaires dans ces cas, tout en ressemblant aux tubercules, présente cependant des différences notables : leur distribution dans les parties inférieures du poumon, leur tendance à la suppuration, leur consistance plus molle, leur configuration moins nette et leur structure plus simple sont les principales. Et pourtant elles sont constituées, comme le tubercule, d'éléments épithéliaux en prolifération, d'exsudats inflammatoires et d'une prolifération lymphoïde du stroma conjonctif ; le centre est même aussi infiltré de graisse, mais le tissu embryonnaire est moins important et n'a pas de cellules géantes. Ces granules se rencontrent d'ailleurs sur d'autres organes que le tubercule. Elles peuvent donc le simuler dans ses organes de prédilection : le poumon, le foie, la plèvre et le péritoine.

Tuberculose laryngée. Elle se rencontre sous quatre formes différentes, d'après les recherches de M. Soléris : *diffuse*, ou prolifération embryonnaire des glandes, des parois vasculaires et surtout du tissu interstitiel ; *infiltrée*, analogue à la précédente, avec limitation en foyers; *circonscrite*, ou granulation miliaire ; *conjonctive diffuse*, ou sclérose. L'oblitération vasculaire en est un résultat constant. La laryngite tuberculeuse est donc la même que celle du tuberculeux. (*Archiv. de physiologie*, 1877.)

Tuberculose buccale. *Ulcérations multiples de la langue.* Le diagnostic de ce signe nouvellement découvert est si important à établir, quand nulle autre manifestation n'éveille encore l'idée de la diathèse, qu'il est nécessaire d'en connaître les diverses formes pour les distinguer. Tel est le cas observé par M. Millard à l'hôpital Beaujon sur un garçon de magasin de 28 ans. Au lieu de se montrer isolés, au nombre de un, deux ou trois, comme ordinairement, sur les côtés de la langue ou sa partie inférieure, — ce qui les fait attribuer au frottement des dents (voy. *année* 1874), — ces petits ulcères siégeaient, au nombre de plus de cent, à l'extrémité de la langue, espèces de petits cratères purulents, avec de petits points jaunâtres au centre et séparés les uns des autres par du tissu sain, en lui donnant ainsi l'apparence d'une pomme d'arrosoir. Toute cette partie était indurée en masse, et profondément, malgré l'état sain de la muqueuse de la face supérieure, et sans retentissement ganglionnaire manifeste. Aucun traitement topique ne put ainsi la modifier, et, par l'obstacle qu'elle apportait à la mastication et à la nutrition, cette lésion locale fut la cause principale d'une mort rapide, bien que les signes pulmonaires fussent au premier degré, sans hémoptysie, ni diarrhée, ni fièvre, ni sueurs.

Une vaste et unique ulcération occupait une partie des deux bords, la pointe et le frein de la langue, chez un phthisique de 54 ans, observé par le docteur Deligny. La face supérieure était intacte. Des petits points jaunâtres, comme une tête d'épingle, étaient disséminés autour. La mastication était difficile et douloureuse, bien que l'ulcération fût presque indolente; pas d'engorgement ganglionnaire. Le malade succomba neuf mois après.

M. Féréol a présenté le modelage d'un ulcère très-étendu, occupant la voûte palatine, le voile du palais, la muqueuse gingivale et le rebord alvéolaire interne des trois dernières molaires gauches, qui en mettait les racines à nu. Le maxillaire même fut atteint et disparut par la carie. C'était chez une passementière de 27 ans, ayant des cavernes pulmonaires très-avancées. (*De la tuberculose bucco-pharyngée*, thèse inaugurale par le docteur Gelade, Paris, 1878, obs. V.)

Une tuberculose miliaire galopante de toute la cavité buccale a aussi été observée par M. Lailler, après plusieurs erreurs de diagnostic, et se termina par une phthisie aiguë généralisée. (*Soc. méd. des hôpitaux*, février, et *Union méd.*, nos 56 et 62.)

Tuberculose du tube digestif. *De la tuberculisation du tube digestif*, par le docteur Paul Spillman, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy. Paris. 1 vol. in-8 de 240 pages, avec gravures dans le texte et 3 planches chromolithographiées. Autant la connaissance de la fistule anale des tuberculeux est ancienne, autant est récente celle des ulcères de la langue, de la bouche et du pharynx, de l'estomac et des autres parties du tube digestif, dont les observations séparées se trouvent dans ce *Dictionnaire*. De là l'utilité de leur réunion, celles de la bouche et du pharynx notamment, qui ont seulement fixé l'attention clinique dans ces dernières années. (Voy. *année* 1873.) Elles forment le premier chapitre de cette étude, et tel est leur caractère insidieux que l'on ne saurait y regarder de trop près pour le diagnostic qui peut servir de signe prodromique à une infection générale. Nous avons ainsi observé, en 1877, une jeune domestique belge, bien portante du reste, atteinte d'un soi-disant abcès de la joue droite pour lequel elle était allée consulter un dentiste, croyant que les dents cariées en étaient la cause. Toute la joue était indurée transversalement à la réunion des dents, et la malade en mâchait, en mordait, en déchirait ainsi les parties exubérantes. Il y avait une véritable ulcération creuse, inégale, d'un gris jaunâtre, indurée, à trajets fistuleux, d'où s'échappait, par de petits pertuis, un liquide puant qui empoisonnait la malade, surtout le matin. Une incision pratiquée n'amena qu'une amé-

lioration passagère. Un épanchement passif de la plèvre se montra bientôt, avec perte des forces, et les signes locaux d'une tuberculisation pulmonaire, qui, malgré le changement de climat, ne manqua pas, en un an, de conduire cette jeune femme au tombeau.

Cette forme de tuberculisation locale bucco-pharyngée est d'autant plus grave que, si la doctrine de la transmissibilité se réalise sur l'homme comme sur les animaux, elle est la plus propre à l'effectuer par la salive. Absorbée, celle-ci peut aussi développer la tuberculose des voies digestives inférieures, sinon celle des poumons. C'est donc là une lésion qui mérite tout le soin des observateurs pour la distinguer de la syphilis, de l'épithélioma, des scrofulides et des ulcérations mercurielles.

Celle de la tuberculose intestinale n'est pas moins intéressante par son siège d'élection dans l'iléon et le cœcum. Mais la fistule anale est bien plus fréquente, car l'auteur en a noté 523 cas sur 14,730 tuberculeux des hôpitaux de Paris, sans compter tous ceux où son existence a été omise, oubliée.

La forme des ulcérations circulaires de l'intestin, si bien étudiée récemment, mérite surtout l'attention.

C'est donc ici une étude complète de la question et qui peut servir à en résoudre une autre : la contagion de la tuberculose et la virulence de ses produits. V. Phthisie.

Tuberculose urinaire. Au lieu d'étudier séparément la tuberculisation de chaque organe de l'appareil urinaire, au point de faire une espèce particulière de celle des capsules surrénales (voy. Phthisie capsulaire), le docteur Tapret réunit sous ce titre la tuberculisation du rein, de la vessie, de l'urèthre et de la prostate. De même que M. Reclus a décrit la tuberculose génitale dans sa thèse inaugurale en 1876, en montrant ses rapports avec celle du poumon, l'auteur s'applique à en distinguer celle des voies urinaires qui est et reste souvent, au contraire, primitive et isolée; laquelle, tout en se généralisant ordinairement, peut offrir des phénomènes spéciaux, suivant la partie primitivement atteinte, qui permettent de préciser le siège du mal. L'avantage de cette méthode toute physiologique est de simplifier l'étude de la clinique en l'éclairant.

Le début du mal, qu'il soit limité au rein ou à la prostate, ne se traduit par aucun indice certain, tant qu'il n'a pas gagné de proche en proche les conduits excréteurs de l'urine. La tuberculisation du col de la vessie, au contraire, offre les symptômes les plus importants et donne à l'ensemble de la maladie sa physionomie caractéristique, dont voici les traits saillants :

Un individu de 20 à 40 ans, bien portant jusqu'alors, a pissé du sang en plus ou moins grande quantité, à une ou plusieurs reprises, sans douleur ni cause locale ; hématurie qui peut venir également du rein et de la vessie. Puis le col vésical se prend de contracture spasmodique ; une rétention d'urine a lieu, qui disparaît d'abord ; enfin les envies d'uriner deviennent de plus en plus fréquentes et impérieuses, douloureuses au commencement comme à la fin, sans calme par le repos ; les quelques gouttes d'urine expulsées à grand'peine laissent au fond du vase un dépôt purulent strié de sang. L'urine peut cependant devenir abondante par intervalles, claire, décolorée ou trouble.

L'exploration de l'urèthre montre alors une blennorrhée profonde ; la vessie est petite ou dilatée, le col douloureux, le bas-fond induré, sans corps étranger. Le diagnostic de tuberculose urinaire est dès lors confirmé, si les épididymes sont hypertrophiés et noueux, et il se précisera dans le rein par la douleur locale à la pression et dans la prostate par le toucher rectal constatant de la douleur et des bosselures acuminées.

Cet état local peut exister longtemps sans grand retentissement ; il n'y a pas ou peu de fièvre, quelques troubles digestifs ; mais le malade ne peut se tenir debout sans souffrir. Il peut même, par intervalles, cesser de souffrir et reprendre la gaîté et l'espoir, si quelque phénomène urémique ou des complications, comme abcès, fistules ou la généralisation de la tuberculose, ne viennent précipiter l'issue fatale. (*Archiv. de méd.*, mai.)

TUMEURS. Une théorie bien simple de leur généralisation est formulée par Cohnheim et Maas. Ayant introduit dans la jugulaire des lapins, des chiens et des poules surtout, un lambeau de périoste détaché sur le fémur de l'animal, dix à seize jours après, en tuant l'animal, ils l'ont

trouvé roulé, en forme de cylindre, et serré contre la paroi du vaisseau du poumon, où il avait été entraîné, présentant des marques indubitables de sa prolifération, c'est-à-dire des lamelles et des corpuscules osseux caractéristiques, accompagnés souvent de cellules cartilagineuses. Et admettant, d'après ce résultat, que des parcelles de tissu physiologique, normal, séparées, peuvent proliférer dans l'intérieur des vaisseaux, ils étendent la même propriété aux tissus pathologiques, et ils voient ainsi là la loi unique, simple, absolue, en vertu de laquelle s'effectue la généralisation des tumeurs.

Une condition essentielle est cependant indispensable : c'est que l'organisme soit réfractaire à s'assimiler, à absorber cet embole, ou incapable de l'éliminer, suivant la propriété générale qu'il possède pour tout ce qui n'est pas nécessaire, utile à son fonctionnement. C'est ainsi que, en retardant au vingt-cinquième jour à tuer les animaux précédents, les expérimentateurs n'ont plus trouvé aucune trace de prolifération de la parcelle périostique; au contraire, elle était ratatinée, molle, sinon complètement résorbée. Pour que le périoste restât à l'état de lame osseuse chez les poules, il faudrait qu'il fût inassimilable à leur organisme, et alors il constituerait des tumeurs, en se répandant dans les tissus, au moins parmi tous ceux qui ne peuvent se l'assimiler ou le détruire.

Les auteurs allemands expliquent ainsi tous les cas de généralisation de tumeurs évidemment bénignes, et ces cas si fréquents où une tumeur très-limitée siège dans la mamelle, un nœvus dans la peau, un noyau quelconque dans le tissu cellulaire, présentant toutes les apparences de la bénignité, se mettent tout à coup à proliférer et à se généraliser à vue d'œil. Ils citent à l'appui le cas d'un goître kystique très-simple, généralisé aux poumons et aux os, et celui d'une mamelle cancéreuse. A l'autopsie, à l'Institut pathologique de Breslau, des noyaux métastatiques innombrables furent trouvés dans presque tous les os du squelette, sans rien de semblable en dehors, ce qu'ils expliquent par la dissémination de la semence cancéreuse, détruite, annihilée partout, excepté dans le système osseux, où elle avait seulement rencontré des éléments de prolifération.

Telle est, pour les expérimentateurs allemands, la pierre angulaire de la théorie de la métastase des tumeurs. (*Archiv*

für Pathol., Anat. und Physiol., vol. LXX.) Voy. Ganglions lymphatiques, Sarcomes.

Tumeurs blanches. *Extension continue*. Cette méthode, imaginée par le docteur Sayre, de New-York, consiste à exercer une traction continue et parallèle à l'axe du corps entre les surfaces articulaires malades par des poids fixés à l'extrémité du membre, le poids du tronc formant la contre-extension. Des bandes de diachylum, longues d'un mètre et larges de deux centimètres, sont collées sur les parties latérales de la jambe, de manière que, repliées, elles fassent, au-dessous du pied, une sorte d'anse ou d'étrier dans lequel passera la corde qui doit soutenir les poids. D'autres bandelettes en 8 de chiffre fixent les extrémités des premières autour de la jambe et sont recouvertes d'une bande roulée. Cela fait bien solidement, une planchette est placée sous la plante du pied entre les deux étriers. On garnit les malléoles de ouate, et la corde, passée dans les étriers, vient se réfléchir sur une poulie placée à la barre du pied du lit. On suspend ainsi des poids de un à huit kilogrammes à la corde, et l'on maintient le membre dans sa rectitude par une large attelle et un coussin placés à la face externe.

Pour éviter le glissement du corps, les matelas du lit doivent être disposés en pente légère, de manière que les épaules soient un peu plus basses que le bassin. On peut aussi, à cet effet, élever les pieds du lit avec des cales. La contre-extension du corps se fait ainsi parfaitement, excepté chez les enfants. Le poids du corps étant insuffisant, il faut assurer la contre-extension par un lien passant sous la cuisse, garnie de ouate, et fixé à la tête du lit. Le malade jouit ainsi d'une grande mobilité sur son lit ; ses mouvements sont libres ; il peut même s'asseoir, se déplacer sans inconvénient, ce qui est important, surtout pour les enfants.

Appliquée par M. Panas à l'hôpital Lariboisière, cette méthode a été efficace dans les deux cas. Une femme, atteinte d'une tumeur blanche du genou, avait un gonflement énorme et des douleurs continues que rien ne pouvait calmer. La jambe était si fortement fléchie sur la cuisse, que l'on avait dû la redresser par l'anesthésie, puis la placer dans un appareil plâtré, sans aucun résultat quant au gon-

flement et aux douleurs. L'amputation était donc indiquée, d'après certains chirurgiens.

La malade fut alors soumise aux tractions continues par le procédé précédent, et, en trois ou quatre jours, les douleurs étaient considérablement atténuées, et le gonflement diminua peu à peu, à tel point que, en quelques mois, il n'y avait guère de différence avec l'autre genou. Une douleur légère, intermittente, seule existe et se trouve combattue efficacement par les injections morphinées. L'état général s'est aussi beaucoup amélioré.

Les mêmes résultats ont été obtenus chez une autre femme atteinte de coxalgie avec déformation énorme, qui s'est beaucoup modifiée sous la seule influence des tractions continues. Les douleurs ont aussi disparu en grande partie, et l'état de l'articulation est très-amélioré. L'ensellure, très-prononcée, a disparu également.

Les avantages de ce procédé, simple et facile, sont de rendre possible le redressement graduel du membre sans chloroformisation, la diminution immédiate, sinon la cessation rapide de la douleur, et la persistance du mouvement dans l'articulation, au lieu de l'ankylose qui succède fatalement à l'immobilisation. Un long séjour au lit est sans doute toujours nécessaire ; mais la liberté, les mouvements dont jouissent les malades permettent de le supporter dans une santé parfaite et même en prenant de l'embonpoint. Aussi a-t-il une grande vogue en Amérique et en Angleterre ; mieux connu en France, il est probable qu'il s'y naturalisera aussi. (*Journ. de méd. et chir. pratiques*, mai.)

Ce n'est pas que la méthode de l'extension continue contre les tumeurs blanches soit nouvelle parmi nous. D'après une revue complète de M. Monod à ce sujet, elle a même pris naissance en France dès 1835. « Je conçois, disait Le Sauvage, de Caen, la possibilité et tout l'avantage de l'application d'un bandage à extension continue pour soustraire les surfaces articulaires au mouvement et à la pression réciproques que la contraction des muscles leur fait éprouver. » (*Archiv. de méd.*, 1835.) Mayor, de Lausanne, l'appliquait même aux déviations latérales du bassin, et des appareils étaient fabriqués dans cette intention, notamment contre la coxalgie. Mais ce furent là, pour la grande majorité des chirurgiens français, de véritables *excentricités chirurgicales.*

Une discussion survenue à la Société de chirurgie, en 1865, le montra bien. Malgré les efforts de Velpeau et de M. Le Fort, elle fut combattue énergiquement, et l'immobilisation de Bonnet, de Lyon, lui fut préférée jusqu'ici par tous les auteurs classiques.

Introduite aux États-Unis, en 1839, par Harris, par Brodie en Angleterre, par Volkmann en Allemagne, elle ne cessa pas, au contraire, d'y être employée et perfectionnée. C'est ainsi qu'elle s'est étendue à Vienne, en Hongrie, à Copenhague et en Suisse. L'école française de Strasbourg, représentée par MM. Bœckel, a même été impressionnée par l'abondance des travaux allemands sur ce sujet, et c'est ainsi qu'elle forme le texte de certaines thèses inaugurales récentes à la Faculté de Paris.

C'est surtout au point de vue pratique et par le résultat des faits que cette question a fait de grands progrès en Amérique et en Angleterre. Les Allemands, au contraire, l'ont plutôt étudiée expérimentalement, selon leur génie national. La France doit profiter de ces divers travaux, et c'est en les faisant connaître comme on le fait actuellement, par des analyses exactes, précises, aussi bien au point de vue expérimental que clinique, en relatant les indications et les procédés spéciaux, comme M. Monod, que cette méthode pourra se généraliser avec succès. (*Archiv. de méd.*, juin.)

Perforation de l'artère poplitée. Un enfant de 9 ans, atteint de nombreux accidents scrofuleux, entre à l'hôpital pour une tumeur blanche suppurée du genou, avec trajets fistuleux, dont un communiquait avec un foyer purulent du creux poplité. L'amputation étant refusée par la famille, on procède au redressement de la jambe, avec immobilisation consécutive dans un bandage silicaté. Enlevé un mois après, il montre un amendement notable de l'état local et diminution de la suppuration.

Mais, deux mois après, l'état général et local s'est de nouveau aggravé. Le foyer du creux poplité s'est étendu, avec fongosités et trajets fistuleux. Un drain est placé, et l'on cautérise les fongosités. Mais, le lendemain, une hémorrhagie abondante et qui se renouvelle entraîne rapidement la mort.

L'examen montra une perforation circulaire de deux millimètres, à bords dentelés et comme déchirés, sur le bord antéro-interne de l'artère poplitée, que l'extension du foyer purulent avait dénudée et ulcérée sans doute. Avis pour ne pas tenter des manœuvres violentes dans les cas de ce genre. (*Lyon méd.*, mars 1877.)

Une observation encore plus démonstrative de ce grave danger est rapportée par le docteur Homans. Un enfant de 14 ans, ayant le genou raide depuis huit à neuf ans, c'est-à-dire une fausse ankylose, est apporté à l'hôpital de Boston, le 29 mai 1876, pour une synovite aiguë de cette articulation. Les symptômes aigus étant disparus, on redressa la jambe le 26 juin. Immédiatement il survint du gonflement et de la douleur dans le membre, avec quelques phénomènes généraux. Le 4 juillet, la fluctuation était sensible dans le mollet. Une incision donna issue à du pus et du sang. Une hémorrhagie eut lieu peu de temps après, et le sang sortait par jet de la plaie. On lia aussitôt la fémorale au sommet du triangle de Scarpa ; le sang s'arrêta et l'enfant guérit. Mais l'auteur attribue aussi cette hémorrhagie à l'artère poplitée, qui, ayant perdu son élasticité sous l'influence de l'inflammation environnante, se sera rompue pendant le redressement. Toutefois l'ouverture était bien petite probablement, car les pulsations des artères tibiales persistèrent jusqu'après la ligature de la fémorale. (*Boston med. and surg. journ.*)

Pourquoi n'avoir pas tenté la ligature dans le premier cas? Quoi qu'il en soit, il y a danger à redresser, à manipuler, à violenter une articulation ainsi malade, car, en cas d'hémorrhagie, la ligature est un remède souvent pire que l'amputation ou la résection.

Cinq enfants ont en effet été amputés à l'hôpital des Enfants par le broiement circulaire sans un seul décès. Voy. Amputations.

Tumeurs du testicule. Voy. Testicules.

Tumeur ostéoblaste. Nouvelle dénomination, proposée par le docteur Bouveret, pour une énorme tumeur de la paroi thoracique droite, que portait un homme de 33 ans, observé à l'hôpital des Cliniques. Profonde, diffuse, adhé-

rente à la charpente osseuse du thorax, cette tumeur, grosse comme deux têtes d'adulte, s'étendait de la clavicule à la neuvième côte et des articulations chondro-costales à la colonne vertébrale. De consistance inégale, molle en quelques points, d'une dureté osseuse en d'autres, cette tumeur principale fut accompagnée, au quinzième mois, de tumeurs secondaires, au cuir chevelu et sous le sein gauche, puis dans le dos, avec altération évidente de l'état général et mort après dix-huit mois dans une cachexie profonde.

A l'examen, elle est composée de deux zones : la première, antérieure, est dure, osseuse, avec tous les caractères du tissu spongieux, continu, sans traces de côtes ni de cartilages. Elle est traversée par un grand nombre d'aiguilles osseuses très-dures, séparées par des aréoles contenant un tissu mou, grisâtre, des foyers de ramollissement jaunâtre, des noyaux durs, osseux et des cavités kystiques remplies d'une bouillie jaunâtre.

Les tumeurs secondaires, renfermant toutes une notable proportion de tissu osseux, se rencontraient surtout dans le tissu cellulaire sous-cutané et dans les muscles. On en trouva également dans les os du crâne, le radius droit et l'os iliaque gauche, dans le cœur et les reins. Leur examen histologique a permis de les rapprocher des tumeurs à médullocèles et à myéloplaxes, avec la différence que celles-ci sont locales et bénignes, tandis que celle-là est maligne et se généralise comme le cancer. (*Journ. de l'anatomie*, n° 2, mars.)

TYMPAN. *Ponction*. Des différentes méthodes employées, le bistouri, le trépan, les caustiques, la pancréatine, M. Purves donne la préférence au galvano-cautère de Voltolini, comme ayant le plus de chance de maintenir l'ouverture. Cette persistance est pourtant toujours exceptionnelle; mais la répétition de la paracentèse amène un épaississement permanent de cette membrane, qui, dans certains cas, lui a donné des résultats semblables à la perforation permanente. De 100 ponctions pratiquées chez 83 malades, 56 en ont éprouvé une amélioration permanente ou temporaire, dont 23 sur 39 cas de tintements ou de bruits d'oreilles (voy. *ce mot*), et 15 sur 23 cas où il sortit du liquide. La perforation du tympan est surtout indiquée et avantageuse, suivant

M. Dalley, quand il y a du liquide à évacuer dans l'oreille moyenne. (*Soc. médico-chir. de Londres*, mars.)

Polype de la caisse. Il s'était développé chez un syphilitique âgé de 23 ans et déterminait des symptômes cérébraux graves, sans pouvoir être soupçonné ni diagnostiqué, la membrane du tympan étant intacte, lorsque le professeur Zaufal en pratiqua la ponction en vue de diminuer la pression intérieure. Le polype fut ainsi découvert, et, une large incision l'ayant mis à nu, tous les symptômes disparurent. Un traitement spécifique fut institué, et le malade eut ainsi la vie sauve. C'est donc un exemple pour tenter cette paracentèse dans les cas douteux d'accidents de compression. (*Ann. des malad. de l'oreille*, n° 1.)

U

ULCÈRES. Ceux des membres ne sont le plus souvent que la manifestation d'une diathèse qui les produit et les entretient. Aux ulcères variqueux, scrofuleux, syphilitiques, scorbutiques, s'ajoutent les ulcères albuminuriques, diabétiques, aujourd'hui que ces maladies sont mieux connues. Si la peau des jambes, œdématiée, infiltrée, des cardiopathes, des cirrhotiques a de la tendance à s'ulcérer au moindre traumatisme, sans chance de cicatrisation malgré tous les topiques, à cause de l'infiltration même des tissus, on comprend encore mieux la persistance de ces ulcères, lorsqu'ils sont entretenus par un œdème albumineux ou sucré. Les traitements les plus variés avaient été ainsi essayés en vain sur un ulcère de la jambe, lorsqu'un gonflement malléolaire fit découvrir une albuminurie. Ce malade fut soumis au régime lacté, et l'ulcère diminua rapidement. Un traitement général contre la maladie de Bright modifia en même temps un ulcère de la jambe gauche qui résistait depuis longtemps. Plusieurs autres exemples analogues, cités par M. Cartaz, confirment les rapports étroits de la diathèse avec l'ulcère local. (*France méd.*, 1877.)

Ulcère chronique du duodénum. Voy. *ce mot.*

URÉMIE. *Oblitération des uretères.* Conformément à l'expérience d'Hermann sur les animaux, montrant que la pression de l'uretère à six centimètres de mercure empêche la sécrétion de l'urée, M. Regnard rapporte trois cas où l'oblitération de ce conduit par des calculs et le cancer utérin a déterminé la mort par urémie, le chiffre de l'urée étant tombé à 3,85, 6,1 et 7,6 par 1000 grammes d'urine. (*Soc. de biol.*, mars 1877.)

Mais cette interprétation n'est pas nouvelle et n'avait pas besoin de ces expériences pour la confirmer. Il y a déjà longtemps que MM. Wannebroucq, Lasègue, Béhier, Liouville, Dujardin-Beaumetz, Dalbanne et d'autres cliniciens en ont montré la réalité par des faits semblables. (Voy. *années* 1874 et 1875.)

C'est donc là un mode de terminaison des calculs rénaux et du cancer utérin bien démontré. L'urémie peut même se présenter dans d'autres cas par cette cause mécanique, ce qu'il ne faut pas confondre avec l'urémie symptomatique chez les agonisants et résultant du défaut de sécrétion de l'urine, sinon de son excrétion. (Voy. *année* 1873.)

Injections hypodermiques de pilo-carpine. Elles ont donné d'heureux résultats au docteur Goltammer dans les trois cas suivants : Homme de 29 ans, atteint de néphrite chronique depuis un an environ. Entré à l'hôpital de Béthanie, le 3 février, il avait de violentes crises éclamptiques. Deux injections avec deux centigrammes de pilo-carpine chacune, pratiquées à un quart d'heure d'intervalle, amenèrent, quatre minutes après, des sueurs profuses, sans nouvelles crises. Mort sept mois après de phthisie pulmonaire.

Femme de 25 ans, atteinte d'éclampsie à cinq mois de grossesse. Coma à son arrivée à l'hôpital avec anasarque et urines albumineuses. Deux injections déterminèrent également une abondante transpiration qui mit fin aux accidents. Avortement trois semaines après.

Fille de 22 ans, atteinte de néphrite albumineuse consécutive à la scarlatine. Deux crises éclamptiques au quatorzième jour. Deux injections semblables amènent une diaphorèse abondante qui met fin aux crises. Guérison complète six semaines après. (*Med. Wochens.*, n° 49.)

Recherches cliniques et expérimentales sur les altérations du sang dans l'urémie et sur la pathogénie des accidents urémiques, thèse inaugurale par le docteur Cuffer, Paris. La diminution très-notable des globules rouges, leur résistance aux réactifs, en indiquant qu'ils sont pour ainsi dire paralysés, comme dans l'empoisonnement par l'oxyde de carbone et dans les varioles graves, rend compte de la dyspnée parfois très-intense qui s'observe par la difficulté des échanges gazeux de l'hémoglobine avec l'oxygène. De là l'insuccès des inhalations de ce gaz pour calmer l'oppression, tandis que les injections morphinées réussissent, suivant le docteur Huchard, en congestionnant le cerveau, comme il en rapporte des exemples. (*Union méd.*, n° 116.)

URINES. Leur examen rigoureux montre mieux de jour en jour que les substances étrangères qui s'y révèlent, comme l'albumine, la glycose, le sucre, loin d'être un symptôme durable, persistant, sont souvent un symptôme aussi passager, transitoire que la cause qui le provoque. Le rapport est si étroit entre cet effet et la cause, qu'il peut à lui seul aider à découvrir la nature, l'intensité ou la gravité de celle-ci. Le moindre traumatisme, un coup, une chute, une émotion même et le moindre trouble porté à l'organisme, suffisent ainsi à faire apparaître momentanément ces substances. L'albuminurie de la grossesse en est un exemple. La plupart des affections cérébrales déterminent ainsi la glycosurie, comme Fritz l'a signalé. Il est facile de la produire expérimentalement chez les animaux. La commotion cérébrale y prédispose surtout, comme en voici un exemple à l'appui.

Un jeune homme est apporté à l'hôpital avec tous les symptômes d'une commotion cérébrale, suite d'une chute de voiture sur la tête. Les urines obtenues par le cathétérisme décèlent aussitôt une grande quantité de sucre et d'acide urique. Le lendemain, la glycosurie avait disparu avec tous les accidents cérébraux. (*Soc. de biol.*, décembre 1877.)

Il paraît également se confirmer que la quantité d'urée excrétée est en proportion, sinon avec le nombre, du moins avec la qualité des globules rouges, c'est-à-dire leur richesse en hémoglobine et la température du corps. Cette vue nouvelle a été émise pour la première fois par le docteur Meu-

nier dans sa thèse inaugurale (*Étude parallèle des globules rouges et des globules blancs du sang et des principaux éléments de l'urine*, Paris, 1877). C'est ainsi que, dans un cas de scorbut, la progression des globules, qui avait monté régulièrement de 1,902,500 à 4,750,000 en trois semaines, correspondait à 4 gr. 68 d'urée et 20 gr. 62 par jour. Il suffirait donc de constater l'excrétion de l'urée pour avoir l'indication de la richesse du sang.

Ce rapport a été confirmé par MM. Hanot et Mathieu en examinant comparativement le sang et l'urine de trois jeunes filles chlorotiques à l'hôpital de la Pitié, dont une fut prise intercurremment de *phlegmatia alba dolens*. On voit, dans ces trois tableaux comparatifs, la quantité d'urée rendue chaque jour augmenter non avec la quantité de l'urine émise, mais avec le nombre des globules rouges constatés dans le sang et leur richesse en hémoglobine. Sans doute ce rapport n'est pas toujours parfaitement régulier, mais il est constant, et ce résultat démontre assez qu'il est vrai. On en jugera par les exemples suivants :

1re *observation*. 1200 grammes d'urine rendus le 23 août donnent 12 gr. 90 d'urée, alors que le sang contient 3,768,875 globules rouges. Le 28, la même quantité donne 21 gr. 84 d'urée, et les globules s'élèvent à 4,060,258.

2e *observation*. 1200 gr. d'urine rendus le 14 août, au début du traitement, donnent 10 gr. 44 d'urée avec 3,643,125 globules, tandis que, le 23, la même quantité donne 16 gr. 20 d'urée avec 4,070,550 globules.

3e *observation*. 1200 grammes d'urine le 18 août donnent 19 gr. 50 d'urée, alors que les globules sont de 3,894,875, et, le 23, la même quantité donne 20 gr. 19 d'urée, coïncidant avec 4,395,875 globules. Il y a donc là une coïncidence frappante.

Une relation physiologique entre le nombre et la valeur des uns et la quantité de l'autre est donc évidente. Déchet de l'organisme, l'urée augmente à mesure que les éléments de nutrition et de combustion augmentent eux-mêmes.

La matière colorante de l'urine, qui n'est sans doute qu'un autre déchet organique, comme semble l'indiquer celle qui se manifeste dans la fièvre, ne serait-elle point le résidu de

la matière colorante des hématies, mise en liberté à mesure qu'elles se détruisent? (*Archiv. de méd.*, décembre 1877.)

Altérations parasitaires. Voy. HÉMATO-CHYLURIE.

V

VACCIN. Devant la difficulté croissante que les vaccinateurs officiels des départements éprouvent à recueillir le virus vaccin dans les campagnes, par la mauvaise volonté des mères ou des nourrices à représenter les enfants vaccinés, sinon le refus d'en laisser prendre, le docteur Puglièse conseille, dans le *Lyon médical*, l'emploi du moyen suivant. C'est d'ajouter à l'avis public des vaccinations que la première séance est consacrée seulement à vacciner et que la seconde est exclusivement réservée à la *cueillette* et à la délivrance des certificats. Nul doute que par ce moyen les mères ne soient plus raisonnables, pour avoir leur certificat, à laisser prendre du vaccin sur leur enfant.

Conservation. Voici le moyen très-simple employé par M. Colinet : Il le recueille, avant le grand jour, sur des enfants vaccinés depuis sept à huit jours au plus. Il en remplit complètement des tubes bien secs qu'il cachète immédiatement. Il les place aussitôt dans une éprouvette en verre bleu qu'il bouche et cachète et qu'il va porter, après avoir inscrit le nom de l'enfant et la date, au fond le plus obscur de sa cave, où le vaccin se trouve ainsi à l'abri non-seulement de l'air, de la lumière et de l'électricité, même du froid et de la chaleur.

Ce sont ces causes, d'après lui, qui altèrent le vaccin, et la preuve, c'est que, depuis dix-huit ans qu'il le recueille ainsi, il l'emploie toujours avec succès, après un ou plusieurs mois, un an et même deux ans. On peut donc l'essayer de même. (*Union méd.*, n° 147, 1877.)

Vaccin glycériné. MM. Mackensie et Hermann ont employé heureusement le mélange suivant dans les revaccinations à l'hôpital de Londres :

Fluide vaccinal.....		une partie.
Glycérine pure.....	ãã	deux parties.
Eau distillée.....		

Mêlez exactement avec une baguette de verre dans une petite capsule ou un verre de montre, et conservez en tubes, en les agitant avant d'employer le contenu. (*Lancet.*)

Vaccin acidulé. Dans les nombreuses vaccinations provoquées par l'épidémie de variole qui a sévi dans le département du Rhône de 1875 à 1878, M. Chapot a remarqué que l'acidité du vaccin en augmentait l'activité. Chargé sur une lancette préalablement trempée dans une solution de une goutte d'acide sulfurique pour 30 gouttes d'eau distillée, il a donné des résultats excellents. Au contraire, si la lancette est trempée dans une solution alcaline, le vaccin perd au contraire de son efficacité. Avis à ceux qui emploient du vaccin en plaques ou en tubes et qui sont obligés de mouiller leur lancette pour l'inoculer. (*Lyon méd.*, n° 13.)

VACCINE. Des expériences faites sur les animaux, par le docteur M. Raynaud, il résulte que l'immunité vaccinale et variolique est acquise sans l'évolution de la pustule. C'était déjà ce que le docteur Cotting, de Boston, avait démontré, dès 1872, en introduisant le vaccin avec une aiguille tubulaire sous la peau et aussi loin que possible de la piqûre. Pratiquée de cette manière chez trois enfants, aucune pustule ne s'ensuivit, ni aucun signe général de l'inoculation. Revaccinés ensuite deux fois selon la manière ordinaire avec la lancette, ces enfants se montrèrent réfractaires à l'inoculation. (Voy. *année* 1872.)

L'infection est indépendante du système nerveux, car elle a eu lieu malgré la section préalable des nerfs de la région inoculée, et l'évolution de la pustule en est à peine modifiée.

L'inoculation du sang vaccinal, ni sa transfusion même à dose massive, ne donnent jamais la vaccine et n'y rendent pas réfractaire. L'immunité vaccinale de l'animal transfusé, sans aucun phénomène extérieur, a paru exister exceptionnellement, mais sans transmettre cette immunité à un autre. Le vaccin ne se généralise donc pas par le sang.

L'inoculation de la lymphe, prise entre la pustule et le ganglion le plus voisin, est restée nulle ; mais l'injection de cette lymphe dans le sang a produit le *horse pox*. L'inoculation du suc du ganglion le plus rapproché, toujours en-

gorgé, n'a rien produit. Le virus ne s'y élabore pas, comme dans le charbon. (Voy. *ce mot.*) La source de l'infection vaccinale n'est donc guère plus évidente dans la lymphe que dans le sang. (*Acad. de méd.*, août.)

Mais des expériences ultérieures ont montré à l'auteur que le passage du vaccin, à travers les ganglions, lui fait acquérir la qualité préservatrice de la variole. L'inoculation pratiquée, sur un veau, dans la chambre antérieure de l'œil où le virus est absorbé directement, sans passer par les ganglions lymphatiques, ne confère aucune immunité à l'animal. (*Acad. des se.*, décembre.)

Revaccinations. C'est dans le nombre très-répété des inoculations et la différence d'origine et de provenance du vaccin employé chaque fois que le docteur Emmerique place le critérium de la réceptivité vaccinale. Il l'a répétée ainsi trois à quatre fois sur des soldats. Sur 46 nouveaux vaccinés, les insuccès, qui avaient été de 31 0/0 à une première inoculation, se sont réduits à 9 0/0 à la seconde, et, sur 690 revaccinés, ils sont tombés de 43 à 32 0/0. Ce chiffre se serait abaissé encore à une troisième et quatrième inoculation, si les hommes ne s'y refusaient pas. Il ne faut donc pas se hâter d'affirmer qu'un sujet est réfractaire à la vaccine ou à la variole, parce que l'on aura échoué une ou deux fois à le vacciner ou le revacciner. Le mode d'insertion ou la nature du vaccin peuvent être les seules causes de l'insuccès. De simples pustules de vaccinelle ou de vaccine abortive ont été suivies de même, à quelques jours, de superbes pustules à une inoculation subséquente avec du vaccin différent.

Le choix du vaccin, son mode de récolte, de conservation et d'insertion ont ainsi la plus grande importance. La réceptivité particulière du sujet en a aussi, car tel vaccin ne donne que des résultats médiocres sur un individu, qui en donnera d'excellents chez celui qui le reçoit immédiatement après. Son activité est donc plutôt relative qu'absolue. De là l'indication de vacciner et surtout de revacciner avec des vaccins de différente provenance.

Habituellement, M. Emmerique revaccine ainsi ses hommes avec un vaccin différent à chaque bras, et il a constaté souvent une différence sensible dans l'intensité et l'évolution des éruptions sur chacun.

Les auto-inoculations lui ont aussi donné des succès bons à connaître. En inoculant le même sujet six à sept jours après une première vaccine n'ayant donné qu'une ou deux pustules, avec la lymphe de celles-ci, il les a multipliées facilement; ce qui n'est pas indifférent en pratique, puisque l'immunité de la variole semble être en rapport direct avec le nombre des pustules inoculées. Une médaille d'honneur a été ainsi décernée à l'auteur de ce travail important par la Société de médecine de Lyon. (*Lyon méd.*, n° 13, mars.)

VARICES. *Injections de persulfate de fer.* C'est à ce sel que le docteur Wood donne la préférence sur le perchlorure, en invoquant, comme preuves à l'appui de sa supériorité, 11 guérisons complètes qu'il en a obtenues contre des varices des membres inférieurs, superficielles ou profondes. De ces faits il n'en rapporte que trois, sans doute comme type de ces guérisons et des accidents graves qui sont la conséquence ordinaire de ces injections coagulantes. Chez le premier malade en effet, dont un ulcère était le siège d'hémorrhagies rebelles, une injection de 30 gouttes de solution de ce sel vers le milieu de la saphène externe, faite le 14 février, provoqua en cinq minutes un caillot résistant fixe, ne cédant pas à la pression du doigt. Les ulcères furent pansés avec la glycérine phéniquée, et, le 5 mars suivant, ils étaient cicatrisés. Une injection faite le lendemain sur la jambe droite amena aussi en dix-sept jours une guérison permanente. C'est là le plus beau succès.

Une coagulation immédiate eut également lieu chez un fermier de 22 ans qui repartit immédiatement à cheval après l'injection. Mal lui en prit, car, une lieue plus loin, il fut obligé de s'arrêter, tant les douleurs de la jambe étaient vives. Trois jours après, M. Wood le trouva en plein frisson avec la jambe tuméfiée et œdématiée. Une eschare se forma, puis une suppuration abondante, et ce n'est que par l'usage du sulfate de quinine et de l'opium que des accidents plus formidables furent conjurés. Le dix-huitième jour seulement, la plaie se débarrassa des caillots, les ulcères prirent un meilleur aspect, et la guérison s'effectua.

Le troisième malade, qui se promenait dans la rue deux à trois jours après l'injection, éprouva des phénomènes in-

flammatoires des plus intenses, et les escharres ne se détachèrent qu'avec lenteur.

Ces exemples sont donc plutôt faits pour prévenir l'emploi de cette solution, dont la densité n'est même pas indiquée. On sait que des accidents d'infection purulente sont survenus d'ailleurs avec le perchlorure de fer, comme avec les autres coagulants. Des observations bien plus encourageantes ont été rapportées en 1874 par l'emploi du chloral. (*Detroit med. journal*, décembre 1877.)

M. Dupuy ayant injecté une solution d'ergotine au 15e, selon la méthode de Langenbeck, n'a obtenu qu'un résultat absolument négatif, ce qui n'a rien d'étonnant, puisque cet agent n'est pas coagulant et n'a d'action que sur les fibres lisses. Il n'est donc pas rationnel d'y recourir. Ayant employé ensuite la liqueur iodo-tannique, le succès a été complet en trois semaines. (*Soc. méd. de Lyon*, février.)

VESSIE. Un moyen simple et ingénieux a été imaginé par M. Harrison à l'Infirmerie de Liverpool pour déposer directement les médicaments nécessaires sur la muqueuse vésicale. Au cathéter métallique ordinaire, coupé à son extrémité vésicale, il adapte un embout formé des substances médicamenteuses en consistance de suppositoire et durci par une couche de spermaceti, afin d'en prévenir sa dissolution dans l'urèthre. On l'introduit ainsi après avoir vidé la vessie.

Dans plusieurs cas de vessie irritable et toutes les fois qu'un traitement local est nécessaire, cette espèce de suppositoire s'est montré un adjuvant avantageux des autres moyens topiques. On les prescrit avec la morphine, l'opium, le bismuth, le nitrate d'argent, le perchlorure de fer et la belladone, suivant les indications, et le pharmacien exécute l'ordonnance, comme celle des suppositoires, en donnant le diamètre du cathéter. (*Lancet*, n° 6.)

VOMISSEMENTS. Voy. Grossesse, Hystérie, Opérations.

FIN.

TABLE DES AUTEURS

Adams. Dystocie.
Adler. Rétine.
Aikin. Introduction.
Alavoine. Nerfs.
Alfaro (de). Prix.
Alix. Rhumatisme.
Amussat. Prix.
Anger (Th.). Testicules.
Anglada. Nécrologie.
Annandale. Introduction.
Araujo (Silva). Hémato-chylurie.
Arloing. Respiration.
Arnold. Cœur, dystocie.
Arribaud. Hernies, obstruction intestinale.
Arsonval (d'). Introduction.
Asson. Nécrologie.
Atkinson. Enchondrome du maxillaire inférieur.
Atlee. Nécrologie.
Atthill. Hémorrhagies post-partum.
Aubert. Testicules.
Auspitz. Chancres.
Ayer. Syphilis cérébrale.

Baels. Ligatures.
Balzer. Diphthérite.
Bancroft. Hémato-chylurie, mydriatiques.
Barbier. Prix.
Bardoux. Concours, introduction.
Bardy-Delisle. Nécrologie.
Barker. Hernies, mal de Pott.
Bartels. Nécrologie.
Barwell. Mal de Pott.
Beauvais (de). Phlegmon périvésical.
Beketow. Lithotritie.
Bellingeri. Adipose localisée.
Bellom. Nécrologie.
Beneke. Calculs biliaires.
Berger (O.). Adipose localisée.
Berger (P.). Fractures du fémur, localisations cérébrales.
Bergeron. Trachéotomie.
Berkeley-Hill. Mal de Pott.
Bernard (Cl.). Introduction, nécrologie.
Bernheim. Asystolie, maladie de Bright.
Berra. Coca.
Bert (Paul). Anesthésie.
Besnier (E.). Diphthérite.
Besnier (J.). Epanchement gazeux péritonéal, phlegmon sous-péritonéal, rhumatisme.
Beumer. Reins.
Bickford. Duodénum.
Bigelow. Introduction, lithotritie en une séance.
Billroth. Goître.
Binz. Anesthésie.
Bischoff. Accouchements.
Blachez. Tétanos *a frigore*.
Blanche. Aliénation mentale.
Blanquinque. Fièvre typhoïde.
Blood. Duodénum.
Blum. Nerfs.
Blundell. Nécrologie.
Bochefontaine. Méningo-encéphalite expérimentale.
Boeckel. Testicules, tumeurs blanches.
Boetcher. Introduction.
Bogue. Trachéotomie.
Boll. Rétine.
Bonnafont. Exostoses du méat auditif.

Bottini. Prostate.
Boucaud Anémie progressive.
Boucheron. Ophthalmie sympathique, strabisme.
Bouchut. Cancer du sein.
Bouffier. Coqueluche.
Bourdon. Localisations cérébrales.
Bourgarel. Nécrologie.
Bouveret. Tumeur ostéoblaste.
Bowditch. Syphilis cérébrale.
Boyer (de). Phthisie.
Braun. Introduction.
Breisky. Introduction.
Brigham. Résection de l'omoplate.
Brinton. Rétrécissements.
Brissaud. Anémie progressive.
Brookhouse. Anévrysmes aortiques.
Brouardel. Température.
Brown-Séquard. Introduction.
Brunton (Lauder). Alcoolisme.
Bryant. Kystes du foie.
Bucknill. Aliénation mentale.
Budin. Ictère des nouveau-nés.
Buignet. Prix.
Bukart. Rage.
Bunge. Hémorrhagies post-partum.
Burdel. Fièvre intermittente.
Busey. Grossesse.
Buzzard. Ataxie locomotrice.
Byford. Hématocèle.

Cabadé. Athétose.
Cadet de Gassicourt. Trachéotomie.
Cadge. Lithotritie.
Cailletet. Introduction.
Callender. Diaphragme.
Canard. Rhumatisme.
Cantani. Diabète.
Capranica. Rétine.
Capuron. Prix.
Carle. Kystes du cubitus.
Cartaz. Ulcères.
Casper. Arsenic.
Castaneda y Campos. Phlegmon péritonéal.
Cauvy. Hernie du poumon.
Cazin. Ovariotomie.
Chadwick. Kystes abdominaux.
Chantreuil. Hémorrhagies post-partum.
Chapot. Vaccin acidulé.
Chapoton. Strabisme.
Chappet. Œsophage.
Charcot. Athétose, hystéro-épilepsie, maladies nerveuses, pneumonies chroniques, pneumonokonioses.
Cheever. Cancer des amygdales.
Chénier. Nécrologie.
Chiara. Introduction.
Chiene. Sciatique.
Churchill. Accouchement gémellaire, nécrologie.
Ciniselli. Introduction.
Civrieux. Prix.
Clark. Jurisprudence.
Clarke. Exostoses du méat auditif.
Clarke (Edward). Nécrologie.
Clément Anesthésie généralisée, fièvre typhoïde, paralysie.
Cobbold. Hémato-chylurie.
Cock. Chancres.
Cohnheim. Tumeurs.
Colin (d'Alfort). Charbon.
Colin (L.). Fièvres.
Colinet. Vaccin.
Collette. Adipose localisée.
Colrat. Ganglions lymphatiques
Cooper (A.). Prix.
Cornil Ganglions lymphatiques.
Cornish. Anévrysmes.
Cotelle. Hématocèle.
Cotting. Vaccine.
Courbis. Kystes du foie.
Courbon. Empoisonnement par les moisissures.
Couty. Anesthésie généralisée, température périphérique.
Cripps. Obstruction intestinale.
Crowell. Grossesse.
Cuffer. Urémie.
Curtis. Introduction, lithotritie en une séance, rage.
Cutler. Coqueluche.
Cyr (J). Diabète.
Czernicki. Fièvre typhoïde, hystérie, introduction.

Da Costa. Auscultation avec le téléphone.
Dalby. Exostoses du méat auditif.
Dalley. Tympan.
Danforth. Kystes de l'ovaire.
Danval. Arsenic.
Daremberg. Phthisie.
Dareste. Introduction.
Dareste de Chavannes. Introduction.
Darwin. Introduction.
Dastre. Sciatique.
Debausseaux. Blennorrhagie.
Debord. Obstruction intestinale.
Delacour. Arsenic.
Deligny. Tuberculose buccale.
Delore. Amputation du col utérin, hémorrhagies post-partum.
Delthil. Coqueluche.
Denucé. Diabète.
Depaul. Dystocie.
Desnos. Blennorrhagie.
Desplats. Arthrite scapulo-humérale.
Desportes. Prix.
Després. Angiome intra-musculaire, mal de Pott, testicules.
Dickinson. Diabète.
Diday. Chancres, rhumatisme, syphilis.
Dietl. Rétine.
Dieulafoy. Epanchements pleurétiques, hémorrhagies primitives, hydarthroses.
Donné. Nécrologie.
Dreschfeld. Anévrysmes aortiques, athétose double.
Dron. Coxalgie suppurée.
Dubuc. Gravelle.
Ducastel. Fièvres.
Ducretet. Auscultation avec le microphone stéthoscopique.
Duguet. Embolies.
Dujardin-Beaumetz. Anévrysmes aortiques, créosote, grossesse, hématocèle péri-vésicale.
Dumolard. Fractures de la rotule, méningite.
Dumont (Denis). Hernies.
Dumontpallier. Anesthésie obstétricale.
Dunlop. Calculs biliaires.
Dupérié. Sang.
Duplay. Kystes abdominaux, périostite externe, phlegmon sous-péritonéal.
Dupuy. Varices.
Durhing. Iodisme pétéchial.
Duriez. Fièvre intermittente.
Duval (Math.). Cœur, ovaires.
Duvault. Nerfs.
Dwight. Médecine légale.

Ehrmann. Nécrologie.
Eichler. Anévrysmes.
Elliot. Coqueluche.
Emiliani (Gaëtano). Ovariotomie.
Emmerique. Vaccine.
Engesser. Dyspepsie.
Esmarch. Luxation du pouce.
Espinosa. Coca.
Estlander. Sarcomes.

Fabre. Anémie des mineurs.
Fabre (A.). Maladie d'Addison, phthisie capsulaire, rhumatisme.
Fano. Abcès, accommodation.
Faraboeuf. Désarticulation coxo-fémorale.
Faucon. Blennorrhagie.
Fayrer. Lithotritie.
Fehling. Accouchements.
Feltz. Fièvre typhoïde.
Féréol. Diurétiques, tuberculose buccale.
Fernet. Introduction, phlegmon péri-vésical, pneumonie, sciatique.
Ferrand. Injections morphinées.
Ferrier. Localisations cérébrales.
Feuer. Paralysie des muscles externes de l'œil.
Fisler. Genu valgum.
Fitz. Rage.
Fonteret. Nécrologie.
Foster. Hémorrhagies cérébrales.
Foulis. Larynx artificiel.

Fournier (A.). Blennorrhagie, chancres mammaires, nourrissons, syphilis cérébrale.
Fox (Tilbury). Hémato-chylurie.
Franck (F.). Anévrysme brachio-céphalique, introduction, respiration.
Freitas (de). Névralgies.
Frémy. Phthisie.
Fuchs. Rétine.
Furneaux-Jordan. Genu valgum, obstruction du rectum.
Furstner. Paralysie générale.

Galezowski. Pannus.
Garcin. Phthisie capsulaire.
Garel. Epilepsie.
Garland. Epanchements.
Gaujot. Amputations.
Gelade. Tuberculose buccale.
Ghinozzi. Nécrologie.
Giacomini. Localisations cérébrales.
Giboux. Microphone.
Giess. Cancer du maxillaire.
Gilbrin. Désarticulation coxo-fémorale.
Gillette. Exostoses, phlegmon du ligament large.
Gintrac. Nécrologie.
Girard. Cystite pseudo-membraneuse.
Gleason. Pleurésie.
Gluck. Nerfs.
Godard. Prix.
Golding-Bird. Mal de Pott.
Goldsmith. Calculs biliaires.
Goodhart. Leucocythémie, paracentèse capillaire.
Gosselin. Concours, pansement.
Gouguenheim. Cancer du pancréas.
Gould (Pearce). Anévrysmes, introduction.
Gouley. Rétrécissements.
Gowers. Leucocythémie, localisations cérébrales, rage.
Grandclément. Strabisme.
Grasset. Localisations cérébrales, maladies nerveuses.
Green. Exostoses du méat auditif.
Green (William). Fistule hépato-bronchique.
Greenfield. Leucocythémie.
Grenouiller. Syphilis cardiaque.
Gromier. Nécrologie.
Gross. Rétrécissements.
Gubler. Adipose localisée, diurétiques, ictère des nouveau-nés, température locale.
Gudden. Reins.
Guéneau de Mussy (H.). Fièvre typhoïde.
Guérin (A.). Introduction.
Guillot. Nécrologie.
Guinard. Brulûres.
Gull (W.). Leucocythémie.
Guy. Rétrécissements.

Hallopeau. Syphilis.
Hamilton. Introduction.
Hanot. Cœur, fièvre typhoïde, introduction, néphrite, sang, urines.
Hardaway. Chancres.
Hardy. Ictère.
Harrisson. Vessie.
Hartmann. Empyème des sinus frontaux.
Haward. Ganglions lymphatiques.
Hawkins. Nécrologie.
Hayem. Introduction, sang.
Heath. Enchondrome du maxillaire inférieur.
Hegar. Introduction.
Heine (von). Genu valgum.
Heinecke. Hydarthroses.
Helfreich. Rétine.
Helmholtz. Accommodation.
Hérard. Diurétiques.
Herbet. Kystes folliculaires des mâchoires.
Hermann. Vaccin glycériné.
Herrgott. Dystocie fœtale.
Hervieux. Anesthésie obstétricale.
Heurtaux. Adipose localisée.
Hills. Arsenic.
Hilton. Nécrologie.
Hilton-Fagge. Cirrhose.
Hirsberg. Ophthalmie sympathique.

Hirtz. Nécrologie.
Hogyes. Asphyxie.
Holmes. Obstruction du rectum.
Homans. Tumeurs blanches.
Horand. Chancres.
Hosmer. Dystocie.
Houel. Spina bifida.
Howard. Anémie.
Howard (B.). Asphyxie, respiration artificielle.
Huchard. Injections morphinées.
Hug. Désarticulation coxo-fémorale.
Hughes. Auscultation avec le microphone.
Hulke. Obstruction du rectum.
Humbert. Ganglions lymphatiques
Huse. Ligatures.
Hutchinson. Obstruction intestinale.

Icard. Hémorrhagies post-partum.
Imbert de La Touche. Introduction.
Irvine. Larynx artificiel.
Ischiguro. Ligatures.
Itard. Prix.

Jaccoud. Diabète, localisations cérébrales, rage.
Jackson. Kystes de l'ovaire.
Janeway. Méningite.
Jansen. Alcoolisme.
Jephson. Néerologie.
Johnson. Introduction.
Jones. Grossesse, médecine légale.
Jones (de Cork). Mal de Pott.

Kanke. Anesthésie.
Kehrer. Accouchements.
Kempe. Hernies.
Keyes. Lithotritie en une séance.
Kibbe. Nécrologie.
King. Anévrysme innominé.
Kinnicut. Athétose double.
Klebs. Hématocèle.
Klopsch. Mal de Pott.
Knowsley-Thornton. Cystite, ovariotomie.
Koch. Fièvre typhoïde, rétrécissements du larynx, trachéotomie.
Kœberlé. Hémorrhagies, ovariotomie.
Koenig. Genu valgum.
Konig. Anesthésie.
Kormann. Ganglions rétropharyngiens.
Kovacs. Nécrologie.
Krause. Rétine.
Krieger Hématocèle.
Krishaber. Goître suffocant, laryngopathies syphilitiques, trachéotomie.
Krönlein. Trachéotomie.
Kuhn. Pneumonie contagieuse, rétine.
Kunze. Epilepsie.

Labbé. Obstruction du rectum.
Laborde. Cœur, introduction, médecine légale.
Laboulbène. Auscultation, embolies.
Lacassagne. Insolation, médecine légale.
Lafargue. Rhumatisme spinal.
Lailler. Tuberculose buccale.
Lancereaux. Syphilis cardiaque.
Landouzy. Adipose localisée, asystolie.
Langenbeck. Enchondromes, œsophage, résection de la hanche, trachéotomie.
Lankester. Introduction.
Lannelongue. Fractures du fémur, mal de Pott, périostite externe.
Laroyenne. Péritonite.
Lasègue. Epilepsie, hystérie périphérique.
Laugier. Abdomen.
Laveran. Phlegmon péri-vésical, testicules, tétanos.
Lawrence (Ans). Cancer utérin.
Lawson-Tait. Maladies des femmes.
Lébert. Nécrologie.
Le Dentu. Arthrite intermittente, ovariotomie précoce.
Le Fort. Désarticulation coxo

fémorale, pansement phéniqué.
Legouest. Désarticulation coxo-fémorale.
Legrand du Saulle. Epilepsie.
Legroux. Médecine légale.
Léon. Hématocèle péri-vésicale.
Lépine. Ganglions lymphatiques, introduction, paralysie glosso-labiée cérébrale, rhumatisme, sang.
Lereboullet. Fièvre typhoïde, phthisie, rhumatisme.
Letiévant. Nerfs, pansement phéniqué.
Leuckhardt. Hémato-chylurie.
Leudet. Phthisie.
Lewis. Hémato-chylurie.
Lima (da Silva). Hémato-chylurie.
Lister. Drainage, introduction, larynx, pansement phéniqué.
Livi. Nécrologie.
Lorain. Température.
Lubanski. Maladies nerveuses.
Lubelski. Grossesse.
Lucas-Championnière. Anesthésie obstétricale, ovariotomie.
Lucke. Os, résection de la hanche, sarcomes.
Luning. Désarticulation coxo-fémorale.
Lusk Anesthésie obstétricale.
Lutaud. Fièvre typhoïde.
Luys. Introduction, localisations cérébrales.

Maas. Tumeurs.
Mac-Callum. Péritonite intra-utérine.
Mac Dowell. Ovariotomie.
Macfarlane. Sciatique
Mackensie. Anémie progressive, iodisme pétéchial, vaccin glycériné.
Mackensie (H.). Introduction.
Macnab. Empyème.
Macnamara Lithotritie.
Magalhaès (de). Hémato-chylurie.
Magitot. Kystes.
Magnan. Paralysie générale.
Mairet. Tuberculose.
Manouvriez. Anémie des mineurs.
Manson. Hémato-chylurie.
Mantegazza. Coca.
Marcy. Kystes.
Marduel. Ovariotomie précoce.
Maréchal. Fistules urinaires.
Marino. Névralgies.
Marsh. Obstruction intestinale.
Martin (H.). Introduction.
Martineau. Maladies des femmes.
Masoin. Localisations cérébrales, rétine.
Mastin. Rétrécissements.
Mathewson. Anesthésie.
Mathieu. Sang, urines.
Maunder. Exostoses.
Mégnin. Teignes.
Méhu. Epanchements ascitiques.
Menzel. Nécrologie.
Mercier. Gravelle.
Métaxas. Ophthalmies.
Meunier. Urines.
Meyer. Paralysie générale.
Meynet. Anesthésie généralisée.
Meynier. Dystocie.
Michaud. Nécrologie.
Michel. Paralysie des muscles externes de l'œil, rétine.
Mickle. Syphilis chez les aliénés.
Miquel. Introduction.
Millard. Tuberculose buccale.
Mollière (D.). Hémorrhagies post-partum.
Monod. Tumeurs blanches.
Morand. Thoracentèse.
Morat Sciatique.
Morel-Mackensie. Larynx artificiel.
Morris. Fracture en T.
Morton (Thomas). Eléphantiasis.
Moura (de). Hémato-chylurie.
Muller. Introduction.
Murchison. Fièvre typhoïde.
Murray. Hématocèle.

Nankivell. Tétanos.
Nepveu. Testicules.
Netzel. Ovariotomie précoce.

NEUCOURT. Adipose localisée.
NOEGGERATH. Blennorrhagie.
NORRIS-DAVEY. Opération césarienne.
NOWODNITSCHAUSKI. Fièvre intermittente.
NOYES. Strabisme.

OLIVER. Anévrysmes aortiques.
OLLIER. Angiome intra-musculaire, pansement sous cloche.
OLLIVIER. Localisations cérébrales.
OSLER. Anémie progressive.
OTIS. Rétrécissements.
OULMONT fils. Athétose.
OWEN. Mal de Pott.

PAGET (J.). Lithotritie, obstruction du rectum.
PANAS. Arthrite intermittente, pannus, testicules, tumeurs blanches.
PARKES. Prix.
PASTEUR. Charbon, introduction.
PAUL (Constantin). Cœur, diurétiques.
PEASLEE. Nécrologie.
PEPPER. Goître.
PERL. Reins.
PEROGLIO. Introduction.
PERRIN. Désarticulation coxo-fémorale.
PÉTER. Introduction, phthisie, pleurésie, température locale, thoracentèse.
PÉTREQUIN. Chirurgie.
PEUCH. Mort.
PHILIPSON. Syphilis.
PICHENEY. Hernies.
PICTET. Introduction.
PIERRET. Cirrhose, ganglions lymphatiques, nerfs.
PINARD. Anesthésie obstétricale, médecine légale, placenta.
PITRES. Cœur.
PLANAT. Hernies.
PLENCK. Rétine.
POINSOT. Testicules.
POLAILLON. Ictère des nouveau-nés, placenta.
PONCET. Hématocèle.
PONFICK. Brulûres.
PONIKLO. Diabète.
PORAK. Ictère des nouveau-nés.
PORRO. Introduction.
PORTAL. Prix.
POTAIN. Fièvre typhoïde, injections morphinées.
PREVITALI. Introduction.
PRIVAT. Anesthésie.
PUGLIÈSE. Vaccin.
PURVES. Oreille, tympan.
PUTNAM. Athétose, rage.

QUINCKE. Anémie.

RAMONET. Kystes abdominaux.
RAMOS. Fièvres.
RANKE. Hydarthroses.
RANVIER. Nerfs.
RAYMOND. Dyspepsie.
RAYNAUD. Syphilides de la face, vaccine.
RECLUS. Luxations paralytiques du fémur, ophthalmie sympathique, tuberculose urinaire.
REESE. Empoisonnements.
REGNARD. Urémie.
REIMANN. Accouchement gémellaire.
RELIQUET. Gravelle, phlegmon péri-vésical.
RENAN. Introduction.
RENAUT. Asystolie, ganglions lymphatiques.
RENDU. Adipose localisée, introduction, néphrite, polyurie, rhumatisme spinal.
RENDU (J.). Phthisie.
RIBERI. Prix.
RICHET. Désarticulation coxo-fémorale, pansements.
RICHET (Ch.). Localisations cérébrales.
RICKLIN. Kystes du foie.
RIEGEL. Cœur.
RIEUX. Rhumatisme.
RINNE. Hydarthroses.
RITCHIE. Nécrologie.
ROBERDEAU. Rhumatisme, rhumatisme cérébral.
ROBERTS. Grossesse.
ROBIN (A.). Rage.
ROCHARD. Désarticulation coxo-fémorale.

Rockwell. Cécité.
Rodet. Chancres.
Roger. Coqueluche.
Rokitansky. Néerologie.
Rollet. Blennorrhagie, chancres.
Ronzier-Joly. Empoisonnement saturnin.
Rose. Goître.
Rosenstein. Reins.
Rosenthal. Introduction, maladies nerveuses, nerfs.
Rufz de Lavison. Prix.
Russel. Epilepsie.

Saikowski. Arsenic.
Saint-Germain (de). Mal de Pott.
Saint-Lager. Prix.
Saint-Philippe. Arsenie.
Sander. Paralysie générale.
Santi (de). Genu valgum.
Santos (dos). Hémato-chylurie.
Sayre (Lewis). Introduction, mal de Pott, tumeurs blanches.
Schede. Genu valgum, résections de la hanche.
Schenk. Rétine.
Schivardi. Introduction.
Schmidt. Brulûres.
Schmidt-Kimper. Rétine.
Schoeler. Ophthalmie sympathique.
Schroeder. Ovariotomie.
Schuller. Hydarthroses.
Schweiger. Ophthalmie sympathique.
Scolosuboff. Arsenie.
Scriba. Hydarthroses.
Sée (G.). Diabète.
Sée (Marc) Localisations cérébrales, mal de Pott.
Semelder. Kystes.
Semmola. Paralysie saturnine.
Seux. Enseignement.
Shottelinus (Max). Phthisie.
Silvestrini. Epilepsie.
Sims (Marion). Grossesse, ovariotomie normale.
Siredey. Fièvre typhoïde.
Smith (H.). Abcès du médiastin, anévrysmes, mal de Pott, obstruction intestinale.
Smith (Thomas). Luxations.
Smith (Francis). Nécrologie.
Soléris. Tuberculose laryngée.
Sorensen. Anémie progressive.
Spaeth Introduction.
Spencer-Wells. Ovariotomie.
Speranza. Prix.
Spiegelberg. Accouchements.
Spillman. Tuberculose du tube digestif.
Stacchini. Strychnine.
Steele. Kystes de l'ovaire.
Stokes. Néerologie.
Sydney-Ringer. Mydriatiques.

Taine. Introduction.
Talamon. Diphthérite.
Tappeiner. Phthisie.
Tapret. Péritonite, tuberculose urinaire.
Tarnier. Anesthésie obstétricale.
Teevan. Lithotritie.
Teissier. Rhumatisme.
Terrier. Chirurgie, épanchements huileux, obstruction intestinale, périostite externe, phlegmon bronzé.
Terrillon. Embolie cardiaque, nerfs, pansement plâtré.
Testut. Diabète.
Thompson (H.). Calculs, lithotritie.
Thompson. Dystocie.
Tibino. Introduction.
Tillaux. Chirurgie, désarticulation coxo-fémorale.
Trélat. Désarticulation coxo-fémorale, mal de Pott, réunion immédiate.
Trench. Nécrologie.
Trendelemburg. Œsophage.
Tripier (R.). Pectoriloquie aphone, respiration.
Tschiriew. Ataxie locomotrice.
Turner. Leucocythémie.
Twedy. Mydriatiques.
Tyler. Nécrologie.

Vallender. Epilepsie.
Vallin. Phlegmon péri-vésical, rhumatisme spinal.
Valtat. Adipose localisée.

VARIGNY (DE). Localisations cérébrales.
VASLIN. Hématocèle.
VÉNOT. Chancres.
VERGNES. Adipose localisée.
VERNEUIL. Arthrite intermittente, brulûres, coxalgie, désarticulation coxo-fémorale, fistules vésico-vaginales, fractures du fémur, genu valgum, introduction, nerfs, opérations, pansements, phlegmon bronzé, réunion immédiate, sarcomes, testicules.
VIDAL. Blennorrhagie.
VIDAL. Phthisie.
VIDAU. Créosote.
VIEL. Méningo-encéphalite expérimentale.
VINAY. Phthisie.
VINCENT. Angiome intra-musculaire, mort.
VOGT. Nerfs.
VOILLEMIER. Nécrologie.
VOISIN (A.). Paralysie générale.
VOLKEL. Hernies.
VOLKMANN. Cancer du rectum, tumeurs blanches.
VOSS. Syphilis.
VULPIAN. Introduction, rage, respiration.
WAGNER. Introduction.
WALKER. Mal de Pott.
WASSEIGE. Introduction, opération césarienne.
WEBBER. Athétose.
WEIR. Rétrécissements.
WEIR MITCHELL. Adipose localisée.
WEST. Lithotritie, nécrologie.
WESTPHALL. Ataxie locomotrice, mal de Pott.
WHEELER. Kystes.
WHITE. Drainage.
WILLIAMS. Introduction.
WILLIAMS (Ch.). Lithotritie.
WINSLOW. Anesthésie.
WOAKES. Oreille.
WOLFF. Résection du coude.
WOLKMANN. Résection de la hanche.
WOOD. Varices.
WOODWORTH. Exercice.
WRENCH. Opération césarienne.
WUNDERLICH. Introduction.
WYWODSOFF. Rétrécissements.
YANDELL. Nécrologie.
ZAHN. Diaphragme.
ZAUFAL. Tympan.
ZUCKERKANDL. Rétine.
ZWEIFEL. Accouchements.

FIN DE LA TABLE DES NOMS D'AUTEURS.

Coulommiers. — Typog. PAUL BRODARD.

POSSIBLY SOME FUZZY
PERIPHERIES (TABLETOP)
QUALITY